www.mother-child.ru
www.mediexpo.ru

СОДЕРЖАНИЕ

XVII Всероссийский научно-образовательный форум

Мать и Дитя

г. Москва, МВЦ «Крокус Экспо»

27–30 СЕНТЯБРЯ 2016

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

ОРГАНИЗАТОРЫ:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России
- Российское общество акушеров-гинекологов
- Лига акушерок России
- Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»

В РАМКАХ ФОРУМА:

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В АКУШЕРСТВЕ, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ
Всероссийский научно-образовательный конгресс

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ: СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА, МЕДИЦИНСКИЕ РЕШЕНИЯ
VI Научно-практическая конференция

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА – 2016
XVIII Международная специализированная выставка оборудования, лекарственных препаратов по акушерству, гинекологии и неонатологии

МАТЕРИАЛЫ
XVII Всероссийского научно-образовательного форума «Мать и Дитя – 2016»
М., 2016 – 328 с.

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

Научные редакторы:
Баранов И.И.
Долгушина Н.В.
Зубков В.В.
Арсланян К.Н.

ISBN 978–5–906484–22–2

© «МЕДИ Экспо», 2016

Акушерство

АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ И ЦИРКУЛЯЦИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ

Абусуева З.А., Алиева С.А., Хашаева Т.Х., Эседова А.Э., Мамаева С.М.

Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала

АКТУАЛЬНОСТЬ

Определена взаимосвязь циркуляции антифосфолипидных антител (АФА) и невынашивания беременности у больных с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы (АЗЩЖ). В исследовании показана высокую частоту выявления АФА у пациенток с АЗЩЖ и невынашиванием в анамнезе. Циркуляцию АФА, которую мы наблюдали у пациенток с АЗЩЖ и невынашиванием мы расцениваем как проявление общего аутоиммунного процесса.

ЦЕЛЬ

Определение взаимосвязи циркуляции антифосфолипидных антител (АФА) и невынашивания у больных с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы (АЗЩЖ). В последние годы аутоиммунные заболевания щитовидной железы АЗЩЖ, тромбофилия и синдром потери плода являются предметом пристального изучения многих исследователей всего мира. Большинство проведенных работ отмечает достоверную взаимосвязь между АЗЩЖ и невынашиванием или тромбофилией и невынашиванием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы обследовали 108 женщин с синдромом потери плода в анамнезе, 56 из которых – с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы (диффузный токсический зоб, аутоиммунный тиреоидит, послеродовый тиреоидит). На 1 этапе оценивался тромботический и репродуктивный анамнез женщин. В анамнезе пациенток наблюдалось привычное невынашивание, антенатальная гибель плода (14,5%), гестоз (41,2%), синдром задержки внутриутробного роста плода (15,7%), мертворождение (12,9%), самопроизвольные выкидыши на разных сроках беременности (48,2%), аборты (42,4%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (14,1%). У 47,1% (p=0,299) пациенток был отягощен семейный тромботический анамнез (инфаркты, инсульты, тромбозы, тромбоэмболии у близких родственников) и у 22,4% (p=0,139) был отягощен семейный репродуктивный анамнез (выкидыши, СВЗРП, АПГ, ПОНРП у мамы, бабушек, сестер). И у 8 пациенток (9,4%) был отягощен личный тромботический анамнез. На 2 этапе работы у пациенток всех групп определялась циркуляция ВА, АФА, антител к β2-гликопротеину I IgG/IgM (β2-GPI), аннексину V и протромбину.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наши исследования показали высокую частоту выявления АФА у пациенток с АЗЩЖ и невынашиванием в анамнезе. Циркуляция АФА всего была обнаружена у 25% пациенток с АЗЩЖ, в то время как у женщин контрольной группы циркуляция АФА были выявлена у 5 (3,0%) пациенток, при этом в контрольной группе наблюдался низкий или средний титр антител. При этом частота АФА у пациенток различных групп распределилась следующим образом: у женщин с болезнью Грейвса антитела были

выявлены в 33,5% случаев; у пациенток с гипотиреозом – 37,2%; с аутоиммунным послеродовым тиреоидитом – в 44%. У 18% всех женщин была обнаружена циркуляция ВА по сравнению с 2% контрольной группы. Антитела к β2-гликопротеину I были выявлены в 23% и 2% у контрольной группы. Антитела к аннексину V – у 10% женщин с невынашиванием и АЗЩЖ и протромбину – 6%, в контрольной группе – 1% и 1% соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Антифосфолипидный синдром является серьезной причиной развития многих акушерских проблем. Циркуляцию АФА, которую мы наблюдали у пациенток с АЗЩЖ и невынашиванием мы расцениваем как проявление общего аутоиммунного процесса. Мы рекомендуем определение АФА у больных с аутоиммунными заболеваниями с целью своевременной профилактики тромботических осложнений.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРИОД КАЖДОГО ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ

Агаркова Л.А., Ульянич А.Л., Толмачев И.В., Бохан Т.Г., Шабаловская М.В.

НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии, г. Томск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальность исследования обусловлена высокой частотой прерывания беременности, осложнениями в течении беременности и родов (Мартыненко П.Г., 2012; Агаркова Л.А., 2012). В связи с этим возникает научный интерес к изучению ранних медико-психологических прогностических факторов нарушения физиологического течения беременности.

ЦЕЛЬ

Цель исследования – создание математической модели прогноза течения беременности в период каждого триместра на основании оценки психоэмоционального состояния, личностных особенностей, качества жизни и степени удовлетворенности экологией городской среды.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали 293 женщины 1ого, 2ого и 3его триместров с нормальным физиологическим течением беременности и с угрозой прерывания. Исследование проходило на базе НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии г. Томска. Методы: опросник оперативной оценки самочувствия, активности и настроения, тест «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка, методика «Качество жизни» SF-36 и анкета удовлетворенности экологией городской среды.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С помощью метода логистической регрессии были созданы математические модели прогноза течения беременности для каждого триместра беременности. В математическую модель для первого триместра вошли показатели: «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «Интенсивность боли», «Психическое здоровье», «Самочувствие», «Настроение», «Тревожность», «Агрессивность», «Ригидность» и медицинский показатель о наличие раннего токсикоза. Показатель специфичности равен 88,9%, чувствительности – 63,2%.

В модель прогноза течения беременности для второго триместра: «Психическое здоровье», «Интенсивность боли» и «Удовлетворенность экологией городской среды». Показатель специфичности равен 71,4%, чувствительности – 82,8%.

В модель прогноза течения беременности для третьего триместра: «Физическое функционирование», «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «Жизненная активность», «Социальное функционирование», «Активность», «Тревожность» и «Фрустрация». Показатель специфичности равен 77,8%, чувствительности – 84,6%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Созданные модели позволяют с высокой степенью вероятности определить медико-психологические прогностические факторы нарушения физиологического течение беременности в период каждого триместра. Для первого триместра такими факторами являются: наличие ограничений в выполнении повседневных ролевых функций в следствие болезненных проявлений и признаков раннего токсикоза, плохое самочувствие, пониженное настроение, высокая тревожность, трудность к гибкому поведению в новых жизненных условиях и тенденция к использованию агрессивных способов реагирования. Для второго триместра: ощущение физических ограничений из-за болезненных симптомов, общее негативное психическое состояние и неудовлетворенность состояниям экологии городской среды. Для третьего триместра: ограничение физического и социального функционирования, снижение жизненной активности, а также высокая тревожность и переживание невозможности удовлетворения базовых потребностей. Выявленные факторы позволяют разработать целенаправленные медико-психологического программы сопровождения процесса вынашивания беременности, которые будут способствовать профилактике раннего развития патологии беременности, решению важной демографической задачи, а также снижению экономических затрат на этапе клинического лечения.

РОЛЬ МАТЕРИНСКОЙ И ФАТАЛЬНОЙ ТРОМБОФИЛИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Андреева М.Д.

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема профилактики акушерских осложнений, приводящих к прерыванию беременности и повышению уровня перинатальной смертности, по своей социальной значимости занимает одно из ведущих мест в современном акушерстве.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования было изучение роли разнообразных форм материнской и фетальной тромбофилии в патогенезе репродуктивных потерь, разработка принципов их профилактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 469 пациенток и их 404 новорожденных. Из них 419 женщин составили четыре группы исследования: группу пациенток с преэклампсией – 134 пациентки, антенатальной гибелью плода – 112 пациенток, ПОНРП – 108 пациенток и 65 пациенток с неразвивающейся беременностью. 50 женщин с неотягощенным акушерско-гинекологическим и тромботическим анамнезом составили контрольную группу.

У пациенток проводилось исследование параметров системы гемостаза, определение генетических полиморфизмов компонентов системы гемостаза, циркулирующих АФА и их кофакторов, уровня гомоцистеина и инструментальных (УЗИ, допплерография, КТГ в динамике) методов. Новорожденным проводилось исследование по выявлению генетических тромбофилических мутаций и полиморфизмов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее распространенными формами мутаций и полиморфизмов оказалась мутация MTHFR C677T (41,0%). Полиморфизм PAI-1 присутствовал у 21,6% новорожденных.

Структура фетальной тромбофилии соответствовала тромбофилии материнской. Преобладание гетерозиготных форм и отсутствие наиболее тромбогенных полиморфизмов (мутации Leiden и протромбина) склоняют к мысли об отсутствии значимого влияния фетальной тромбофилии в патогенезе антенатальной гибели плода. В то же время сочетание 2–3 гетерозиготных форм полиморфизмов одной направленности (например, снижение активности фибринолиза) могут реализоваться тромботическим осложнением в системе мать-плацента-плод.

Что касается фетальной тромбофилии, частота которой составила 34,2% у пациенток с ПЭ, 51,8% при АГП и 50,0% у новорожденных у пациенток с ПОНРП, то ее роль в патогенезе гестационных осложнений (ПЭ, НБ) сомнительна. В большинстве случаев тромбофилические мута-

ции у новорожденных были представлены гетерозиготными формами. Гомозиготные формы мутаций возможны лишь в случае получения рецессивных аллелей данного признака и от отца, и от матери, что случается не часто. Именно они определяют возможное влияние фетальной тромбофилии на течение беременности и развитие осложнений. В таких случаях фетальная тромбофилия может быть причиной нарушения плодово-плацентарного кровотока и, следовательно, нарушения внутриутробного развития и роста плода вплоть до антенатальной его гибели.

Во всех остальных случаях определение фетальной тромбофилии, на наш взгляд, позволяет прогнозировать повышенный риск тромботических осложнений и осложненного течения беременности в последующей взрослой жизни рожденных детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие репродуктивных потерь в анамнезе следует рассматривать как показание к обследованию на генетические формы тромбофилии, антифосфолипидный синдром и гипергомоцистеинемию.

С целью профилактики повторных репродуктивных потерь и акушерских осложнений у пациенток с генетическими и/или приобретенными формами тромбофилии показана подготовка к беременности не менее чем за 2 месяца до планируемой беременности с использованием антикоагулянтной терапии низкомолекулярным гепарином, антиагрегантной, и терапии витаминами группы В и фолиевой кислоты.

ВЛИЯНИЕ СЕКРЕТОРНЫХ ПРОДУКТОВ ПЛАЦЕНТ НА ТРАНСЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ МИГРАЦИЮ NK-КЛЕТОК

Баженов Д.О., Хохлова Е.В., Соколов Д.И., Сельков С.А.

ФГБУ «НИИ АГиР им.Д.О.Отта», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Физиологическое течение беременности во многом определяется взаимодействием клеток иммунной системы матери и клетками плода. Одними из ключевых участников со стороны клеток иммунной системы матери являются натуральные киллеры (NK-клетки). В силу фенотипических и физиологических особенностей их принято выделять в особую субпопуляцию децидуальных NK-клеток. Формирование и пополнение этой группы клеток происходит за счет миграции и дальнейшей дифференцировки NK-клеток периферической крови матери. Обязательным этапом для миграции является преодоление эндотелиального барьера (трансэндотелиальная миграция).

ЦЕЛЬ

Целью исследования явился анализ изменения фенотипа NK-клеток в процессе трансэндотелиальной миграции в присутствии секреторных продуктов плацент первого и третьего триместров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

ЭК линии EA.hy926 вносили в верхнюю камеру вставки с поликарбонатным фильтром (размер пор 8 мкм) в 24-луночных планшетах, культивировали до образования монослоя, затем в верхнюю камеру вносили NK-клетки линии NK-92MI. В нижнюю камеру вносили кондиционированные среды, полученные после культивирования эксплантов плацент первого и третьего триместров физиологической беременности, IL-6 (2.5 Е/мл), IL-4 (10Е/мл), IL-10 (100Е/мл) и инкубировали 24 часа. Затем NK-клетки из нижней и верхней камеры обрабатывали антителами против CD45, CD11a, CD11b, CD11c, CD18. Подсчет мигрировавших в нижнюю камеру NK-клеток и анализ экс-

прессии поверхностных маркеров проводили при помощи проточного цитофлуориметра FACSCantoII.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Секреторные продукты плацент первого и третьего триместров снижали миграционную активность NK-клеток в 2 раза. При этом, в присутствии секреторных продуктов плацент первого триместра усиливалась экспрессия CD11c и снижалась экспрессия CD11b NK-клетками. В присутствии секреторных продуктов плацент третьего триместра усиливалась экспрессия CD11c В присутствии IL-10 количество мигрировавших клеток возрастало, однако снижалась экспрессия CD11a и возрастала экспрессия CD11b. В присутствии IL-6 снижалась экспрессия CD11c, в присутствии IL-4 снижалась экспрессия CD11a.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, секреторные продукты плацент снижали миграционную активность NK-клеток, что может лежать в основе механизма защиты трофобласта от цитотоксической активности NK-клеток матери. Возможно, это связано с теми изменениями, которые привносят секреторные продукты плацент первого и третьего триместров в экспрессию адгезионных молекул NK-клеток. Следует отметить, что эффект отдельных цитокинов отличается от эффекта всей цитокиновой сети плаценты. Поэтому для создания и успешной работы с данной моделью in vitro необходимы данные, как о всех ее компонентах, так и об их соотношении в ней.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Балакшина Н.Г., Кох Л.И., Квач И.С.

Областная клиническая больница, гинекологическое отделение, г. Томск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Беременность на фоне экстрагенитальной патологии (ЭГП) следует рассматривать как экстремальное состояние. В структуре причин материнской смертности ЭГП занимает ведущее место в регионе и составляет 25–66% (2014–2015 гг.).

ЦЕЛЬ

Изучить особенности осложненного течения ЭГП у беременных и лечения, госпитализированных в отделение реанимации ОКБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пролечено 57 пациенток с различными формами ЭГП в 23 профильных отделениях ОКБ. Все они поступили в экстренном порядке непосредственно в отделение реанимации. Возраст больных был от 17 до 42 лет. Среди них, первобеременные составили 35%, повторнобеременные – 65%. Сроки беременности были от 8 до 40 недель: до 12 нед. – 13 (23%); 13–22 нед. – 8 (14%); 23–28 нед. – 20 (35%); 29–40 нед. – 16 (28%).

Все пациентки были обследованы: общеклинические и бактериологические исследования, КТ легких, ЯМРТ головного мозга, R-ОГК, ОБП, костей; ЭХО-сердца, УЗИ ОМТ, КТГ плода, УЗИ ОБП, почек, плевральных полостей, индекс оксигенации, маркеры сепсиса (прокальцитонин, пресепсин), иммунный статус, эндоскопичесие (ЭГДС, лапароскопия, торакоскопия), стернальная пункция.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 27 (48%) больных после дообследования и лечения возникли неотложные показания к прерыванию беременности или родоразрешению. Решение принималось на консилиуме в составе

врачей профильной патологии. У 21 пациентки беременность была прервана по медицинским показаниям до 22 нед.: 1). ангиогенный сепсис, тяжелая внебольничная двусторонняя пневмония, токсимания, гепатит В и С, ВИЧ – у 6 (инструментальный аборт); 2). сочетанная закрытая черепно-мозговая травма и травма всех конечностей, наркомания – у 1 (искусственный аборт и операция на конечностях); 3). миелолейкоз, сепсис, СПОД – у 2 (МКС); 4). эпилептическая болезнь, гипертоническая болезнь и антенатальная гибель плода – у 4 (медикаментозный аборт); 5). эпилептическая болезнь и эпистатус – у 1 (МКС); 6). перелом костей таза, антенатальная гибель плода – у 2 (МКС); 7). абсцесс мозга – у 1 (одновременно инструментальный аборт и операция на головном мозге); 8). абсцесс почки – у 2 (искусственный аборт, затем декапсуляция почки); 10). рак шейки матки – у 2 (медикаментозный аборт).

В 6 случаях пациентки были родоразрешены в сроке 25–38 нед. оперативным путем (БКС): 1). Сепсис. ИТШ. Абсцесс почки. СПОН. ОПН. 2). Эклампсия беременной. Геморрагический инсульт в ствол мозга. 3). ДТП. Тяжелая сочетанная травма. Внутрибрюшное кровотечение (5л). Травматический и геморрагический шок. 4). Сепсис. Септицемия. Двусторонняя внебольничная пневмония. Инфекционный эндокардит. СПОН. Полинаркомания. 5). Острая алкогольная интоксикация. Реактивный гепатит, панкреатит. Антенатальная гибель плода. РИОВ. 6). Хрониосепсис. Рожистое воспаление бедра. Острый тромбофлебит. Полинаркомания. ВИЧ. Гепатит В и С. Антенатальная гибель плода. В 30 (52%) случаях пациентки пролонгировали беременность и были планово родоразрешены. Лечение пациенток в ОАР было комплексным с методами экстракорпоральной детоксикации (гемодиафильтраци, плазмообмена, ГБО, гемодиализа) и медикаментозной терапии (антибактериальные препараты, иммунокорректоры – пентоглобин, инфузионно-трансфузионная терапия). Длительность лечения пациенток составила от 9 до 107 дней, с пребыванием в ОАР от 4 до 71 дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, мероприятия, направленные на раннюю диагностику и целенаправленное рациональное лечение ЭГП у беременных, позволяют предупредить тяжелые осложнения и способствуют сохранению репродуктивного здоровья женщин.

ТРОМБОФИЛИИ У БЕРЕМЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Бегова С.В., Эседова А.Э., Бегов Б.А.

Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала

АКТУАЛЬНОСТЬ

Согласно многочисленным исследованиям, нарушения свертывания крови являются причиной грозных осложнений беременности и родов, привычной потери плода (Макацария А.Д., Бицадзе В.О.,2014 г., 2015 г.; De Groot et al, 2009 и др.). И немаловажную роль в этом играют наследственные факторы.

В Дагестане – регионе с низким уровнем жизни, с высокой частотой близкородственных браков, высокой рождаемостью и большой частотой акушерских осложнений (гестоза, кровотечений) – особенно актуальны вопросы изучения и исследования наследственных тромбофилий.

ЦЕЛЬ

Изучить частоту и структуру тромбофилий у беременных женщин в Республике Дагестан.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Общее число обследованных составило 890 беременных женщин. В основную группу вошли 650 беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (ОАГА) (сидром привычной потери плода, преэклампсия, эклампсия, ФПН). В группу сравнения вошло 240 женщин с нормально протекающей беременностью и без ОАГА.

Были исследованы следующие гены: F2/20210, F5/1691, F7/1076 (фактор 7, проконвертин), F13A1/103, FGB/-455, ITGA2 – альфа-2/807, ITGB3/1565, PAI -1/-675, MTHFR: 677, MTHR: 1298, MTR: 2756, MTRR: 66.

Исследование проводилось методом ПЦР в режиме real-time в независимой лаборато-

рии «Инвитро». Использован термоциклер для амплификации нуклеиновых кислот модели «C 1000 TOUCH Thermal Cycler».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полученные результаты в основной группе показали высокий процент нарушений свертывающей системы крови как в гетеро, так и в гомозиготной форме. Так, наиболее частой гетерозиготной мутацией явилась мутация ITG A2 (42% в основной группе и 17% в группе контроля), PAI-1 (31% и 4% соответственно), FBG (21% и 2% соответственно) и F2 (2% и 0% соответственно). У 34% женщин с ОАГА обнаружены гомозиготные мутации генов PAI-1, у 18% – гомозиготная мутация гена FBG.

Аллельный вариант носительства гена PAI-1является фактором риска для развития тромбозов и осложнений беременности (ФПН, тяжелого гестоза).

Полиморфизмы в генах ITG A2 и ITG B3 позволяют оценить риск развития тромбозов и сопутствующих им осложнений беременности на фоне агрегации тромбоцитов.

Исследование полиморфизмоз в генах фолатного цикла показало высокий процент мутаций MTHFR (68% в основной группе и 28% в группе контроля), из них в гомозиготной форме 34% в основной группе и 19% в группе контроля), а также MTRR (21% и 9% соответственно).

В 67% случаев отмечалось сочетание полиморфизмов и генов свертывания и генов фолатного цикла (PAI-1, ITG A2 с MTHFR, MTRR).

У 43 женщин из основной группы был обнаружен полиморфизм гена F5 (мутация Лейдена в гомозиготной форме), у 9 беременных из основной группы выявлена гомозиготная мутация Лейдена. У данного контингента женщин живых детей на момент исследования не было, отмечалось искусственное прерывание беременности в связи с ПОНРП и тяжелого гестоза, у 4-х из женщин с мутацией Лейдена диагностированы тромбофлебиты во время беременности.

При изучении семейного анамнеза у обследуемых женщин из основной группы в 87% случаев отмечались инсульты и инфаркты до 60 лет, невынашивание беременности.

У 7 женщин из основной группы с гомозиготной мутацией PAI-1 отмечались многократные неудачные попытки ЭКО.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты исследования показали высокий процент полиморфизмов генов свертывания и генов фолатного цикла у беременных с ОАГА. И, по нашему мнению, требуют дальнейшего изучения и разработки методов профилактики и лечения, особенно, в регионе с самой высокой рождаемостью в России.

К ВОПРОСУ О ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ITG FA-2 И PAI-1 У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

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

Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала

АКТУАЛЬНОСТЬ

Республика Дагестан является регионом с самой высокой рождаемостью в России – 18,2 (данные МЗ РД за 2015г). В структуре осложнений беременности в республике преобладает преэклампсии – 8,1%. Проведенные нами исследования частоты тромбофилий у многорожавших женщин (МРЖ) с отягощенным акушерским анамнезом, показали высокую частоту встречаемости полиморфизмов генов ITG A-2 и PAI-1. Ингибитор-1 активатора плазминогена PAI-1 ингибирует фибринолиз и играет важную роль в процессе фибринолитического контроля при беременности как фактор маточно-плацентарной циркуляции. Маркер Интегрин альфа-2 (ITGA2) связан с изменением свойств коллагенсвязывающих рецепторов тромбоцитов.

ЦЕЛЬ

Изучение частоты встречаемости и значения полиморфизмов генов PAI-1 и ITG FA-2 в возникновении преэклампсии у многорожавших женщин (МРЖ) в Дагестане.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основную группу вошли 456 МРЖ с преэклампсией. В контрольную группу вошли 134 женщины с физиологическим течением.

Исследование полиморфизмов гена PAI-1 и ITG A-2 проводили с помощью ПЦР в режиме real-time.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ течения настоящей беременности в основной группе показал, что угроза прерывания беременности имела место в 79,1% случаев (K=20,6%, p<0,001). В контрольной группе беременность окончилась срочными родами. В основной группе начало преэклампсии констатировано у 19% женщин с 24 по 28 нед., у 43% – с 34 нед. беременности, преждевременные роды – 4,9% в сроке 22–28 нед., 39% – в сроке 28–37 нед.

Выявлено, что нормальный гомозиготный вариант 5G/5G PAI–1 достоверно реже встречался в основной группе – 41,2%, чем в группе контроля – 79,4% ($\chi 2$=8,37, p=0,004). Количество беременных – носителей гетерозигот 4G/5G между группами достоверно не отличалось и составило – 31,4% и 29,1% соответственно (p<0,05).

Мутантный генотип 4G/4G достоверно чаще установлен у женщин основной группы – 28,4%, чем в группе контроля, где он не был выявлен ни в одном наблюдении (K=0%, p=0,016).

У МРЖ – носителей мутантного генотипа 4G/4G PAI–1 значительно увеличен риск преклампсии (K=20,6%, p<0,001), что позволяет рассматривать указанный гетотип в качестве фактора риска развития преэклампсии. Частота патологического аллеля 4G в основной группе – 38,92%, что увеличивает риск преэклампсии в 4,32 раза (OR 4,62, 95% ДІ: 1,93–10,03)

При изучении полиморфизма ITGA2 было выявлено, что нормальный гомозиготный вариант C/C (вариант нормы) достоверно реже встречался у МРЖ основной группы – 31,6%, чем в группе контроля – 76,1% ($\chi 2$=8,25, p=0,004). Количество беременных – носителей гетерозигот C/T между группами достоверно не отличалось и составило – 28,1% и 24,5% соответственно (p<0,05).

Мутантный генотип T/T достоверно чаще установлен у женщин основной группы – 49,7%, чем в группе контроля – 0%(K=0%, p=0,016).

У носителей мутантного генотипа T/T значительно увеличен риск преэклампсии (K=22,5%, p<0,001), что может позволить рассматривать указанный гетотип в качестве фактора риска развития преэклампсии у МРЖ. Частота патологического аллеля T в основной группе составила 48,92%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в результате полученных исследований выявлена высокая частота встречаемости мутантных генов ITG A-2 и PAI-1 у МРЖ, что может позволить отнести их к генетическим маркерам развития преэклампсии. МРЖ должны быть обследованы на наличие полиморфизмов генов PAI–1 и ITG A-2 для ранней профилактики преэклампсии и раннего начала противотромботической терапии.

АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Белоусова В.С., Богомазова И.М.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преждевременные роды остаются по-прежнему одной из самых важных проблем современного акушерства. И хотя их частота по разным данным колеблется от 10% до 15%, но перинатальные исходы остаются крайне неблагоприятными.

ЦЕЛЬ

С целью анализа перинатальных исходов нами проведено ретроспективное исследование 382 историй одноплодных беременностей и родов, закончившихся преждевременным родоразрешением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Средний возраст пациенток составил 29,7 лет. Нами не было отмечено различий в частоте

перво- и повторнородящих выявлено не были (49,7% и 50,3% соответственно). Преждевременные роды в анамнезе отмечены только у 3,14% женщин. Каждая пятая (19,1%) беременная не наблюдалась в женской консультации во время беременности. У половины пациенток с преждевременным излитием околоплодных вод отмечено наличие инфекции передающейся половым путем, и\или хронических воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы.

У каждой четвертой пациентки во время настоящей беременности отмечена клиника угрожающего ее прерывания (25,7%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Почти половина преждевременных родов произошло на сроках 34–37 недель (45,5%). Только 3,9% родов произошли до 26 недель гестации.

Причинами преждевременного прерывания беременности явилось преждевременное развитие регулярной родовой деятельности (34,0%), преждевременное излитие околоплодных вод (32,5%)%) и тяжелые осложнения беременности (33,5%).

Частота оперативного родоразрешения при преждевременных родах составила 51,4%. Основными показаниями к операции кесарева сечения явились преэклампсия тяжелой степени (28,5%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (18,5%), тяжелая плацентарная недостаточность (13,5%).

При анализе перинатальных исходов мы не выявили гендерных различий в перинатальных исходах преждевременных родов. Лишь 5,0% новорожденных были здоровыми: все они были рождены на сроке 36–37 недель. У 6,0% новорожденных была экстремально низкая масса тела, а у 13,8% – очень низкая масса тела. В состоянии тяжелой гипоксии родилось 5,24% новорожденных Гипоксия легкой и средней тяжести при рождении отмечена в 54,45% и 13,61% наблюдений соответственно. У каждого третьего новорожденного был синдром дыхательных расстройств (36,4%), частота пневмонии и внутриутробного инфицирования при этом составили 32,2% и 23,82% соответственно.

У 74,3% новорожденных выявлено гипоксически-ишемическое поражения ЦНС. Частота внутрижелудочковых кровоизлияний была 6,9%, их них 3 и 4 степень кровоизлияния отмечена почти у половины (44,0%).

Перинатальная смертность составила 60,2‰, ранняя неонатальные потери – 45,1‰. Наибольшая частота перинатальных потерь (69,6%) приходится на срок до 28 недель гестации. Основными причинами перинатальной смертности явились недоношенность (30,3%), внутрижелудочковые кровоизлияния (21,5%), внутриутробная инфекция (13,0%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование показало, что перинатальные исходы при преждевременных родах остаются неблагоприятными, что требует дальнейшего изучения причин преждевременного прерывания беременности и поиска терапии, позволяющей пролонгировать беременность.

ВЛИЯНИЕ МОНОНУКЛЕАРНЫХ ФАГОЦИТОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ СОСУДОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫМИ КЛЕТКАМИ

Белякова К.Л., Шевелева А.Р., Баженов Д.О., Худинян М.М., Михайлова В.А., Львова Т.Ю., Соколов Д.И., Сельков С.А.

ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Адекватный метаболизм плода напрямую зависит от сформированности сосудистого русла плаценты, в основе которого лежит ангиогенез. Клетки микроокружения, в том числе макрофаги, контролируют ангиогенез в зоне маточно-плацентарного контакта.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось изучение влияния моноцитоподобных клеток линии THP-1 на формирование сосудов ЭК в присутствии цитокинов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе использовали ЭК линии EA.Hy926 и моноцитоподобные клетки линии THP-1. В лунки 24-луночного планшета с трехмерным матриксом Matrigel (BD, США) вносили 150000 ЭК линии EA.Hy926 и 2,5% эмбриональной телячьей сыворотки, к части лунок добавляли 250000 клеток линии THP-1, а к части лунок – культуральную среду без клеток линии THP-1, инкубировали в течение 24 часов. Для активации клеток использовали цитокины: VEGF, bFGF, PlGF, TGFβ; IFNγ, IL-4, IL-6, IL-10, TNFα, IL-1β, IL-8 в различных концентрациях. Для визуализации клеток линии THP-1 использовали краситель Calcein AM. При помощи микроскопа AxioObserver.Z1 (Carl Zeiss) и компьютерной системы анализа изображений оценивали длину и количество образованных капилляроподобых структур в микрометрах.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При монокультивировании ЭК VEGF, bFGF, IL-8, IL-1β, IL-6 и TNFα во всех использованных нами концентрациях увеличивали, а TGFβ снижал длину капилляроподобных структур, образованных ЭК. PlGF не оказал влияния на длину клеточных тяжей по сравнению с культивированием ЭК в отсутствии факторов роста. Цитокины IL-10 (1 нг/мл и 10 нг/мл) и IL-4 (10 Ед/мл и 50 Ед/мл) снижали длину капилляроподобных структур, а в концентрации 20 нг/мл и 100 Ед/мл соответственно увеличивали. Цитокин IFNγ в концентрации 40 Ед/мл уменьшал длину клеточных тяжей, образованных ЭК, а в концентрациях 400 Ед/мл и 1000 Ед/мл увеличивал их длину. При совместном культивировании клеток линии THP-1 с ЭК длина капилляроподобных структур образованных ЭК линии EA.Hy926 была выше по сравнению с культивированием ЭК в отсутствии клеток линии THP-1. Во всех концентрациях VEGF, bFGF, PlGF и IL-8, а также противовоспалительные цитокины IL-4 и IL-10 увеличивали, а TGFβ, TNFα и IL-6 снижали длину капилляроподобных структур, образованных ЭК линии EA.Hy926 в присутствии клеток линии THP-1, по сравнению с монокультивированием ЭК в присутствии цитокинов. Цитокин IFNγ в концентрациях 40 Ед/мл и 400 Ед/мл способствовал увеличению длины клеточных тяжей, в концентрации 1000 Ед/мл уменьшал их длину, IL-1β, в концентрациях 10 Ед/мл и 100 Ед/мл снижал, а в концентрации 1000 Ед/мл увеличивал длину клеточных тяжей, по сравнению с монокультивированием ЭК в присутствии цитокинов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Цитокины оказывают влияние на формирование капилляроподобных структур, при этом макрофаги за счет секреторной активности и контактного взаимодействия с ЭК, изменяют секреторный профиль ЭК и характер действия цитокинов, тем самым влияя на формирование капилляроподобных структур ЭК линии EA.Hy926.

ОЦЕНКА РОЛИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У СУПРУЖЕСКИХ ПАР С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Беспалова О.Н., Агнаева А.О.

ФГБУ «НИИ АГиР им.Д.О.Отта», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Основные причины гибели зародышей в ранние сроки – генетические и иммунологические. Большинство хромосомных нарушений наследственно не обусловлены и возникают de novo в гаметах родителей или на ранних стадиях деления зиготы. 95% всех мутаций заканчивается прерыванием беременности. Возраст матери и гетерозиготное носительство транслокаций одним из родителей являются общепризнанными факторами, провоцирующими образование несбалансированных гамет и зигот у человека. Увеличивают частоту гетероплоидии особенности проведения ЭКО. Частота выкидышей с хромосомными аберрациями особенно велика в I триместре. У супругов частота хромосомных аномалий, ведущих к спонтанным абортам и бесплодию, колеблется от 1,3 до 10,7%, при привычном выкидыше (ПВ) достигает 25%, что превышает популяционный уровень в 10–20 раз (0,5–1%).

Известно, что 80% всех раннее необъяснимых случаев ПВ и бесплодия связано с иммунологическими нарушениями. В настоящее время единой и общепризнанной классификации иммунологических нарушений нет. В работах Beer A.

и Kwak J., 2000, иммунологические нарушения при репродуктивной патологии делят на 5 категорий: совместимость супругов по системе HLA, АФС, наличие антинуклеарных, антиспермальных антител, а также иммунологические нарушения, влияющие на процесс имплантации (повышенное содержание NK-клеток). За последние 15 лет появились данные о значимой роли других иммунных факторов в генезе привычной потери беременности – это увеличение содержания в эндометрии цитотоксичеких Т-лимфоцитов, наличие антител к ХГЧ, антител к прогестерону, снижение концентрации колониестимулирующих факторов. По данным Carp H. (2015) повышенное содержание NK-клеток, совпадение супругов по локусам HLA системы являются плохим прогностическим фактором течения беременности у пациенток с повторными выкидышами.

ЦЕЛЬ

Оценить роль генетических (кариотип супругов, 3-х локусов HLA системы II класса) и иммунных факторов (антитела к ХГЧ, количество и активность NK-клеток) у пар с репродуктивными нарушениями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 80 супружеских пар. В 1 группу вошли 50 пар с ПНБ ранних сроков, 2 группу составили – 30 пар с первичным бесплодием. Материал для исследований – периферическая венозная кровь из локтевой вены.

Методы: 1) цитогенетическое исследование кариотипа в каждой супружеской паре; 2) молекулярно-биологические исследования 3-х локусов HLA системы (DRB1, DQA1, DQB1); 3)исследование антител к ХГЧ-методом ИФА; 4) методом проточной цитофлуометрии проводился анализ количества Т-регуляторных клеток, NK-клеток CD3–56+16+ (норма – 4,2–25,3) и CD3+56+16+ (норма – 1,3–10,2), относительного содержания NK-клеток, экспрессирующих CD107a (норма – 0,5–2%), индуцированной активности NK-клеток (норма – 5–25%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Кариотипирование было проведено у 80 пар (160 человек). В группе 1 с ПНБ у 80% были выявлены нормальные кариотипы; у 14% в кариотипе у одного или обоих партнеров диагностированы варианты нормального полиморфизма (9ph, 16qh+, 21ps+, 22pstk+, 15pstk+, Yqs+ и т.д.); сбалансированные хромосомные перестройки были определены у 6% супружеских пар: у 4,5% женщин и у 1,5% мужчин. В группе с бесплодием диагностировались нормальные кариотипы у 84% пар, полиморфизм хромосом – 5%, сбалансированные аберрации в 2 раза чаще у 11% пар.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у каждой второй пары было обнаружено сочетание 2-х маркеров, у каждой пятой – 3-х. В связи с чем целесообразно расширение объема иммунологического обследования в супружеских парах с ПВ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕТОДОВ РОДОВОЗБУЖДЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОСТАГЛАНДИНА Е1

Благодарный Г.В., Мозговая Е.В.

ФГБНУ «НИИ АГ и Р им. Д.О.Отта», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема индуцированных родов остается достаточно актуальной ввиду большого количества акушерских показаний к индукции родов. К ним относятся: преждевременное излитие околоплодных вод, хориоамнионит, гестоз, пролонгированная и переношенная беременность, антенатальная гибель плода, изоиммунизация плода, а также многие виды экстрагенитальной патологии, требующие досрочного окончания беременности. В развитых странах частота родовозбуждения достигает 30% от общего количества родов.

ЦЕЛЬ

Определение эффективности различных схем родовозбуждения с использованием простагландина Е1 (мизопростола) и влияния индук-

ции родов на акушерские и перинатальные исходы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Все 123 пациентки были разделены на три равные группы. В 1-ой группе применялась схема родовозбуждения мизопростолом 25 мкг интравагинально через три часа трижды. Во 2-ой группе – схема родовозбуждения мизопростолом 50 мкг перорально дискретно через три часа трижды. В 3-ей группе применялось родовозбуждение по схеме «хинин-окситоцин». Применялись таблетки хинин-гидрохлорид 0,05 г 4 раза перорально через 15 минут, через 15 минут после последней таблетки хинина гидрохлорида – раствор окситоцина 0,2 мл – 1 ЕД – 5 инъекций внутримышечно с интервалом в 30 минут. Критериями включения в исследование были: беременные, требующие родовозбуждения с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода и сроком беременности 37–41 неделя, шейка матки «созревающая» и «зрелая». Критерии исключения: беременные, имеющие «незрелую» шейку матки, срок беременности более 42 недель, рубец на матке любой этиологии, предполагаемый вес плода более 4000 г, наличие патологии, требующую оперативного родоразрешения. Родовозбуждение считалось эффективным при появлении регулярных схваток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основным показанием к индукции родов во всех трех группах явилось преждевременное излитие околоплодных вод (73,1%, 92,7%, 70,7% соответственно). При вагинальном применении мизопростола эффективность родовозбуждения составила 85,4% (81,3% у первородящих и 100% у повторнородящих), при пероральном применении – 90,2% (87,9% у первородящих и 100% у повторнородящих), а при применении схемы «хинин – окситоцин» – 78% (80% у первородящих и 78% у повторнородящих). Различия не были статистически достоверными (p>0.05). Такие параметры, как общая продолжительность родов, объем кровопотери во всех группах не превышали физиологических значений. При анализе аномалий сократительной деятельности матки выявлено, что дискоординация родовой деятельности достоверно чаще (p<0,05) наблюдалась при вагинальном применении мизопростола и была зафиксирована у каждой третьей пациентки (31,7%), а в группах 2 и 3 встречалась в 12,2% и в 25,6% соответственно. Следует отметить, что терапия селективными адреномиметиками была эффективной. Основным показанием к операции кесарева сечения в родах во всех группах было неэффективное родовозбуждение, а не другие акушерские осложнения. Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар составила 7,7+/-0,6, 7,6+/-0,7 и 7,4+/-0,8 баллов соответственно (p>0,05). 85% детей оценены при рождении на 8 баллов и более.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты нашего исследования показали высокую эффективность и безопасность мизопростола, применяемого для индукции родов, при вагинальном и пероральном применении.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОФИЛИИ

Блощинская И.А., Блощинский С.А.

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Диагностика тромбофилии на этапе клинических проявлений ФПН, связанной с развитием микротромбообразования зачастую является запоздалой приводя к неблагоприятному исходу беременности. С точки зрения влияния на исход беременности более оправданным является выявление состояния тромботической готовности.

ЦЕЛЬ

Целью исследования было определить влияние антикоагулянтной терапии на исходы беременности при тромботической готовности, обусловленной тромбофилией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основными критериями отбора беременных в основную группу (ОГ, n=87) было наличие факторов тромбогенного риска: личного и семейного анамнеза; данных медико-генетического исследования о предрасположенности к тромбозам. Группу сравнения (ГС, n=25) составили повторнородящие с благоприятным исходом беременности и родов. В качестве скринингового использован метод биомикроскопии бульбарной конъюнктивы (БМСБК) с целью оценки состояния МЦ. При проведении БМСБК определяли следующие параметра МЦ: диаметры артериол (dA в мкм), венул (dV в мкм); артериавенозное отношение (A/V); количество капилляров на единицу площади конъюнктивы (кап/мм2); признаки агрегации в артериолах, венулах и капиллярах (в баллах); скорости кровотока в артериолах, венулах и капиллярах (в мм/с). Исследование основных параметров системы гемостаза выполнено на автоматическом коагулометре анализаторе SYSMEX CA-560. Признаки тромботической готовности у беременных ОГ были основанием для назначения антикоагулянтной терапии. Из числа женщин ОГ получавшие в последующем терапию НМГ составили ОГ-I (n=60), отказавшиеся от использования НМГ по различным причинам составили ОГ-II (n=27).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В сроках беременности до 22 недель у всех женщин ОГ выявлены изменения состояния МЦ, с признаками нарушения венозного оттока при явлениях агрегации форменных элементов крови, способствующих затруднению кровотока в системе МЦ: при низком диаметре артериол произошло увеличение диаметра венул ($p<0,001$); увеличение площади капиллярной сети ($p<0,001$) с уменьшением A/V отношения ($p<0,001$); появлении признаков агрегации форменных элементов крови в артериолах в венулах ($p<0,001$); уменьшением скорости кровотока в венулах ($p<0,001$). У беременных ОГ в сроке беременности до 22 недель при патологическом изменении МЦ появились признаки тромботической готовности, что характеризовалось укорочением АЧТВ ($p<0,001$), увеличением РФМК ($p<0,001$) и Д-димера ($p<0,001$), уменьшением уровня A-III ($p<0,001$) при увеличении фибринолитической активности крови ($p<0,001$). С момента выявления тромботической готовности у беременных ОГ использовали антикоагулянтную терапию НМГ. Из числа женщин ОГ-I в 56 (93,33%) случаях произошло завершение беременности родами в срок, при этом только в 3 случаях (5,00%) отмечены явления ПЭ умеренной степени. В ОГ-II у 6 (22,22%) беременных произошли роды в срок во всех случаях с признаками ФПН.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, признаки нарушения венозного оттока в сочетании с признаками агрегатного состояния форменных элементов крови характеризуют тромботическую готовность в системе МЦ, что в сочетании с увеличении продуктов паракоагуляции соответствуют доклинической стадии ФПН у беременных с тромбофилией. Проведение антикоагулянтной терапии у этой категории беременных обеспечивает благоприятный исход.

СЛУЧАЙ РАЗРЫВА МАТКИ У БЕРЕМЕННОЙ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ В АНАМНЕЗЕ

Борщева А.А.

ГБОУ ВПО «Ростовский ГМУ» МЗ России, кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди причин материнской смертности разрывы матки занимают 7–8 место, и частота их в разных странах от 0,015% до 1,51% от всех родов. У 70–80 % женщин разрыв матки наступает по старому рубцу. Имеются данные о несостоятельности рубцов и разрывах матки при беременности у женщин после лапароскопической миомэктомии (Федоров И. В., 2010). В связи с этим беременные, перенесшие миомэктомию, составляют группу повышенного риска по угрозе разрыва матки.

ЦЕЛЬ

Изучить течение и исход беременности у пациентки, перенесшей консервативную миомэктомию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучена история течения и исхода беременности у пациентки с разрывом матки в сроке беременности 27–28 недель.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Беременная 39 лет, в сроке беременности 27–28 недель, в связи с появлением с 5.30 утра жалоб на острые боли в животе и слабость, в 8.00, была доставлена бригадой скорой помощи в родильное отделение. Менструации с 14 лет, через 28 дней, по 6 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. В 2005 г. – неразвивающаяся беременность. В 2008 г. по поводу вторичного бесплодия была произведена гистероскопия. Выявлены грубые синехии в полости матки, очаги эндометриоза, деформация стенок матки в области дна за счет интерстициально-субмукозного миоматозного узла, выдающегося в полость матки на 0,7 см. Во время гистероскопии выполнено разрушение внутриматочных синехий, коагуляция очагов эндометриоза, хромогидротубация, сальпингоовариолизис слева, овариолизис справа, консервативная миомэктомия, дренирование брюшной полости. При сроке беременности 16–17 недель (при постановке на учет) произведено УЗИ, во время которого обнаружено два миоматозных узла d=21мм и d=18мм, расположенных по задней стенке матки. Состояние рубца без особенностей. До 27–28 недель беременности находилась под наблюдением врача женской консультации, осложнений не было. После осмотра, объективного наружного и влагалищного исследований, УЗИ, ДПМ и КТГ, выставлен следующий диагноз: беременность 27–28 недель, угрожающие очень ранние преждевременные роды, ОАГА, возрастная первородящая, Rh (-) принадлежность крови, антенатальная гибель плода, острый живот. Учитывая клиническую картину острого живота, женщина взята в операционную. Экстренно произведена нижнесрединная лапаротомия. При ревизии в брюшной полости обнаружено около 2000 мл крови со сгустками, выявлен источник кровотечения – полный разрыв матки, длиной 4 см, по передней стенке в области дна матки (предположительно в области рубца после консервативной миомэктомии), затампонированный плацентой. Извлечен мертвый плод мужского пола, массой 1000 гр, длиной 40 см. Произведено ушивание разрыва матки, аутогемотрансфузия аппаратом Cell saver, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период осложнился постгеморрагической анемией, проведено соответствующее лечение. На 13 сутки после операции в удовлетворительном состоянии женщина выписана из отделения под наблюдение врача женской консультации с соответствующими рекомендациями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разрыв матки по рубцу, после консервативной миомэктомии, произошел во время беременности, в максимальные сроки растяжения матки (28–35 недель). В связи с этим, все беременные женщины с консервативной миомэктомией в анамнезе, должны находиться под наблюдением в учреждениях высокого уровня. Появление болей в животе и нарушений ритма сердечной деятельности плода, всегда должно расцениваться как подозрение на возможный разрыв матки.

ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

Буданов П.В., Кабисашвили М.К., Флорова В.С., Чурганова А.А.

ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальная задача современного акушерства состоит не в снижении общей частоты преждевременных родов, а в увеличении срока родоразрешения и улучшении перинатальных исходов. Невынашиванием завершается 10–25% всех беременностей, а 5–10% – преждевременными родами. На долю недоношенных детей прихо-

дится свыше 50% мертворождений, 65–80% ранней неонатальной смертности, 60–70% ранней детской смертности. Нередко имеется сочетание этиологических факторов невынашивания в развитии преждевременных родов.

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования явилась оценка факторов риска реализации преждевременных родов, ассоциированных с финансовым благополучием женщины, аспектами трудоустройства, стабильностью семьи и другими психологическими, эмоциональными и социальными факторами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено скрининговое проспективное обследование 6348 женщин, направленных на госпитализацию в родильный дом с диагнозом «угрожающие преждевременные роды». В исследование вошли пациенты с жалобами на тянущие боли внизу живота, отмечавшие их на протяжении не менее двух дней. Срок гестации на момент обращения в стационар колебался от 22 до 37 нед. Критериями исключения из исследования явились: наличие преждевременных родов в анамнезе, истмикоцервикальная недостаточность в анамнезе. Не проводили разделение по принципу паритета родов. Всем пациентам проводили анониминое анкетирование, включавшее вопросы, обосновывающие персональное желание женщины в стационарном лечении. В анкете, включавшей 20 пунктов, не ограничивалось количество ответов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведен простой подсчет частоты ответов на вопрос «почему у Вас угрожающие преждевременные роды?». В результате анонимного анкетирования пациенток были получены следующие результаты ответов: необходимость листа нетрудоспособности (нежелание работать) – 78,4%, развод – 14,4%, измена мужа – 13,6%, смерть близких – 5,6%, ссоры в семье – 38,5%, доход на одного члена семьи менее 15 000 рублей / месяц – 59,7%, наступление беременности более чем через 1 год брака – 64,3%, недоверие к врачу женской консультации – 75,8%, регулярный просмотр новостных телеканалов – 37,9%, совершение преступления / нахождение женщины под следствием – 0,44%, регулярное управлением автомобилем – 0,8%, возраст мужа меньше возраста пациентки на >5 лет – 0,05%, второй брак – 0,13%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для качественной диагностики и выбора стратегии терапии угрожающих преждевременных родов необходимо учитывать не только объективные данные, но и наличие хронического стресса у беременной. При отсутствии ведущих факторов риска: преждевременных родов в анамнезе и укорочения шейки матки, более 75% беременных, обращающихся в стационар по поводу угрожающих преждевременных родов, требуют мультинаправленной психологической поддержки, направленной на ликвидацию устойчивых стрессовых факторов, а не специфической токолитической терапии.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВО II И III ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ДОРСОПАТИЯМИ

Ваганова Я.А., Суслова Г.А., Гайдуков С.Н.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Болевые синдромы и неврологические расстройства в области спины невисцеральной этиологии, связанные с дегенеративными и/или воспалительными заболеваниями позвоночника и прилегающих к нему мышц, встречаются у большинства населения вне зависимости от возраста. Это приводит к значительному снижению качества жизни и работоспособности пациента. Особенно актуально изучение синдромов и методов лечения дорсопатий у беременных женщин, так как оказывает влияние не только на пациента, но и на течение беременности и дальнейший исход родов.

Физиология и патология органов репродуктивной сферы, особенности течения беременности и родов у женщин с дорсопатиями недостаточно освещены в отечественной медицинской литературе. Различные зарубежные исследования показали, что около 50% беременных женщин испытывают боли в спине на разных сроках беременности.

ЦЕЛЬ

Целью текущего исследования является улучшение течение беременности, а также исходов родов, в том числе и снижения количества операций кесарево сечения, у беременных с дорсопатиями при применении методов мануальной терапии (МТ) во II и III триместрах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящем исследовании используются методы МТ такие как: мягкотканные техники, тракционные методики, постизометрическая релаксация, основное воздействие направлено на пояснично-крестцовую область и грудной отдел позвоночника. Для оценки боли и оценки эффективности применения методов МТ использовались визуальная аналоговая шкала (ВАШ) и опросник EuroQol–5D, опросник МакГилла, вопросник Освестри, медико-социальная характеристика беременных женщин, опросник F36. Проводятся КТГ и допплерометрия на сроках 33–35 недель. За период с октября 2015 года по июль 2016 года обследовано 30 беременных женщин с диагнозом «дорсопатии», среди которых выделены две группы. В первую группу вошли пациенты, которые проходили лечение у мануального терапевта (количество сеансов у них составило от 1 до 4), вторая группа – контрольная. Во второй группе (контрольной) пять пациентов использовали дородовый бандаж с целью снижения болевого синдрома. Возраст беременных составил от 27 и до 37 лет. У беременных, участвующих в исследовании, остеохондроз поясничного отдела позвоночника выявлен у 55%, идиопатические сколиозы у 29,25%, межпозвоночные грыжи позвоночника у 16,75%, грыжи Шморля у 5,25%, распространенный остеохондроз позвоночника у 6,25%. Число сеансов у них составило от 1 до 4. Так потребовался 1 сеанс в 10% случаев, 2 сеанса – 50%, 3 сеанса – 30% и 4 сеанса – у 10% беременных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе текущего исследования получены предварительные результаты, которые позволяют говорить об эффективности применения МТ у беременных женщин во II и III триместре с целью не только снижения, но и полного устранения болевого синдрома, вызванного дорсопатиями, в большинстве случаев. В исследуемой группе отмечалось заметное улучшение сразу после проведения первого сеанса МТ. Это в свою очередь привело к снижению депрессий, процента операций кесарево сечения (87,5% женщин были родоразрешены через естественные родовые пути), улучшению качества жизни беременных женщин, а также уменьшению количества выдаваемых больничных листов по данному заболеванию. Все дети (исследуемой группы) родились с оценкой по шкале Апгар более 7 баллов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные подтверждают эффективность и необходимость направления беременных женщин с дорсопатиями во II и III триместрах к мануальным терапевтам для проведения соответствующего лечения.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО И МАНИФЕСТНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА

Валикова О.В., Мухотина А.Г.

Центр эндокринного и репродуктивного здоровья «Примавера», г. Владивосток

АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальным в настоящее время является развитие гестационого диабета, которое варьирует от 1% до 14% (в среднем 7%) всех беременностей, раннее выявление гестационного диабета у женщин, входящих в группу риска, а также более

длительная подготовка к планированию беременности, позволяет уменьшить риск фетальных и акушерских осложнений.

ЦЕЛЬ

Целью является выявление гестационного и манифестного диабета во время беременности у женщин в анамнезе с СПКЯ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследовано 80 женщин в возрасте от 24 до 37 лет, в анамнезе с синдром поликистозных яичников, у которых возникла беременность, закончившаяся родами, у всех женщин это была первая беременность, которой предшествовало бесплодие и нарушение менструального цикла. Пациентки были разделены на группы в зависимости от фенотипа. С фенотипом А 35 женщин, с фенотипом С 30 женщин, фенотип В и D не был выявлен, контрольную группу составили 15 женщин без СПКЯ, но до беременности имеющие избыточную массу тела. Всем пациенткам до беременности проводились антропометрические показатели: ИМТ 27,33 ± 4,36 кг/м2, ОТ 88,3 ± 4,0 см, до беременности нарушений углеводного обмена не было, во время беременности проводилось исследование гликемии, гликированного гемоглобина, ежемесячно и проводился, оральный глюкозотолерантный тест в каждом триместре беременности до 32 недели, тест толерантности оценивался по новым критериям.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам обследования: при проведении орального глюкозотолерантного теста у женщин с фенотипом А был выявлен гестационный диабет у 4-х женщин, потребовавший нормализации гликемии при помощи диетотерапии, после родов гликемия восстановилась. Двум женщинам был выявлен манифестный диабет, потребовавший инсулинотерапии, после родов для нормализации гликемия потребовалась также инсулинотерапия у этих пациенток. Выявление диабета составило 17%. У пациенток с фенотипом С у 3-х пациенток что составило 10%, был выявлен гестационный диабет, потребовавший правильного питание для нормализации гликемии, после родов гликемия восстановилась. Выявление случаев диабета у женщин с фенотипом А и С составило 13%, что соответствует литературным данным. В контрольной группе у 1 пациентки без СПКЯ также был диагностирован гестационный диабет, что составило 6% случая в этой группе пациенток, потребовавший диетотерапии. У всех женщин прибавка массы тела за беременность 10–12 кг, беременность у всех женщин закончилась родами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении необходимо отметить что, синдром поликистозных яичников является одной из причин, приводящих к риску развития гестационного и манифестного диабета, выявление диабета больше у пациенток с фенотипом А, проведение глюкозотолерантного теста в разные сроки беременности и совместная работа акушер-гинекологов и эндокринологов, позволяет уменьшить риск развития гестационного диабета, своевременно начать терапию, уменьшает риск фетальных, акушерских осложнений.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕНОТИПА У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Васильева Л.И., Мальцева Л.И., Герасимова Л.И., Денисова Т.Г., Сидорова Т.Н.

ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии; ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары

АКТУАЛЬНОСТЬ

Причины развития преэклампсии во время беременности остаются неясными, несмотря на то, что неполноценная инвазия трофобласта общепризнана как ключевой фактор патогенеза преэклампсии. Возможную роль в этом процессе, играет генетическая составляющая, которая обуславливает дефицит витамина D.

Поскольку VDR и 1а-гидроксилаза обнаружены в тканях репродуктивных органов, очевидна ассоциация роли витамина D с репродуктивным здоровьем, а регуляция метаболизма витамина D генетически детерминирована.

ЦЕЛЬ

Оценить результаты генотипирования некоторых генов, участвующих в метаболизме витамина D в организме: ген GC, rs2282679; ген CYP2R1, rs2060793; ген VDR, rs2228570. ген VDR, rs2228570 у пациенток с преэклампсией и выраженным дефицитом витамина D.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У пациенток с преэкламсией проведено выделение ДНК из лейкоцитов периферической крови методом фенол-хлороформной экстракции с последующим осаждение 96% этанолом. После высушивания ДНК разводили в дистиллированной воде и использовали в качестве матрицы для постановки ПЦР. Генотипирование осуществляли методом ПЦР в реальном времени с использованием TaqMan зондов согласно протоколу фирмы-производителя (ООО «СибДНК», г. Новосибирск).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Было проведено генотипирования следующих генов ген GC, rs2282679; ген CYP2R1, rs2060793; ген VDR, rs2228570. ген VDR, rs2228570, потому что вариации этих генов участвуют в метаболизме витамина D в организме.

Ген GC, rs2282679 – многофункциональный белок, он связывается с витамином D и его метаболитами в плазме и транспортирует их к тканям. Пациентки с генотипом C/C или A/C по генетическому маркеру, предрасположенными к низкому уровню содержания витамина D, а вариация A/A этого гена обеспечивает физиологический метаболизм витамина D.

Ген CYP2R1, rs2060793 кодирует члены суперсемейства цитохрома P450 ферментов, эти белки монооксигеназ, участвуют в метаболизме, является микросомальной витамин D гидроксилазой, преобразует витамин D в активный лиганд к рецептору витамина D. Вариация гена: T/T – активно функционирует; генотипы C/C или C/T предрасположены к низкому уровню витамина так как наблюдается снижение функции преобразующей витамин D в активный лиганд к рецептору витамина D.

Функция гена VDR, rs2228570 наиболее изучена: генотип T/T обеспечивает нормальный уровень витамина D3; вариация гена T/C обуславливает более, чем в 1,5 раза повышенный риск снижения уровня циркулирующей активной формы витамина D; вариация гена C/C обуславливает более, чем в 3,7 раза повышенный риск снижения уровня циркулирующей активной формы витамина D.

У пациенток с тяжелой степенью преэклампсии вариации всех трех генов способствовали развитию дефицита витамина D, у пациенток с умеренной преэклампсией у 12 выявлена вариация C/C гена VDR, и вариация C/T гена CYP2R1, rs2060793, которые способствовали развитию дефицита витамина D У 10 пациенток обнаружены вариация C/T гена VDR, и вариация A/C гена GC, rs2282679, которые способствовали развитию дефицита витамина D, и вариация T/T гена CYP2R1, rs2060793 которая обеспечивает физиологический метаболизм витамина D.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный генетический анализ позволил выявить у пациенток с преэклампсией вариации генов GC, rs2282679; CYP2R1, rs2060793; VDR, rs2228570 обуславливающих дефицит витамина D.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАКТОЦИЛА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Васильченко О.Н., Баев О.Р., Тетруашвили Н.К., Карапетян А.О., Тысячный О.В.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из главных задач терапии при преждевременных родах является профилактика респираторного дистресс синдрома в течение 24–48 часов. Для обеспечения этого окна необходим эффективный и безопасный токолиз. В последние годы в России для токолиза стали применять блокатор окситоциновых рецепторов – атозибан.

ЦЕЛЬ

Определить эффективность и безопасность атозибана для лечения беременных с угрожающими преждевременными родами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 46 пациенток в сроках от 24 до 34 недель беременности с угрожающими преждевременными родами, которым было проведено лечение препаратом атозибан (трактоцил). Диагноз преждевременных родов устанавливали на основании регистрации четырех и более схваток за 30 мин и раскрытия шейки матки от 1 до 3 см.

Возраст беременных колебался от 24 до 40 лет. В исследование вошли беременные с отягощенным соматическим и акушерским анамнезом (рак молочной железы, курсы полихимиотерапии). Среди первородящих наступление беременности в результате ЭКО и ПЭ отмечено в 8 (17,3%) наблюдений. При этом имели место три двойни (37,5%) и одна тройня (12,5%). Первые роды предстояли 19 (41%) беременным, повторные –27 (58,6%). Среди повторнородящих 6 (22,2%) беременных имели рубец на матке после кесарева сечения. Преждевременные роды в анамнезе отмечены в 3 (8%) наблюдений.

Беременность протекала с угрозой прерывания на ранних сроках у 22 (47,8%) пациенток. В 13 (28%) наблюдений в связи с истмико-цервикальной недостаточностью накладывали швы на шейку матки. При поступлении в стационар длина шейки матки по данным эхографической цервикометрии составляла от 7 мм до 25 мм. Атозибан применяли по схеме рекомендованной производителем в течение 48 часов. Повторный курс атозибана получили две беременные. Профилактику респираторного дистресс синдрома (РДС) плода провели всем беременным.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По шкале самооценки через 3 часа от начала терапии незначительное улучшение состояния отметили 13 (28%) пациенток, значительное улучшение – 30 (65%) человек, через 24 часа – все беременные.

У 41 (88%) беременной кардиотокографические показатели (чсс плода, частота схваток) нормализовались в течение 3 часов от начала терапии.

Только у одной из пациенток с двойней по данным эхографической цервикометрии в динамике отмечено укорочение длины шейки с 1,5 см до 0,5 см. Побочных эффектов на фоне терапии атозибаном не было, показатели гемодинамики беременных не менялись.

Беременность удалось пролонгировать у 45 (97,8%) беременных. Интервал от начала терапии до родов составил от 2 до 56 дней.

В 67,4% роды произошли в сроке доношенной беременной, 37,6% – преждевременной. Самопроизвольные роды у 32 (69,5%) женщин. Кесарево сечение произведено у 14 (30,5%). Показаниями к оперативному родоразрешению служили: тяжелая соматическая патология, совокупность относительных показаний, прогрессирующая плацентарная недостаточность, неправильные положения плода.

Оценка состояния по шкале Апгар составила от 6–7 до 8–9 баллов. Масса тела новорожденных составила от 1790–3690 г. Перинатальной смертности не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в нашей серии наблюдений атозибан показал высокую эффективность в токолитической терапии угрожающих преждевременных родов, хорошую переносимость и отсутствие побочных эффектов.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА БЕССИМПТОМНЫХ РЕТРОХОРИАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Гаджиева М.Т., Кохно Н.И.

Гудермесская ЦРБ, г. Гудермес

АКТУАЛЬНОСТЬ

Диагностика ретрохориальных и ретроамниальныхгематом в ранних сроках беременности является очень важной для профилактики нарушений имплантации плодного яйца.

ЦЕЛЬ

Изучить частоту выявления отслойки плодного яйца при ультразвуковых исследованиях на фоне отсутствия клинических симптомов кровотечения из родовых путей у беременных в I триместре.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно проанализированы протоколы ультразвуковых исследований (УЗИ) 720 беременных, поступивших с клиническими признаками угрозы выкидыша в I триместре беременности: 288 беременных с кровотечением из половых путей (группа 1) и без (группа 2 – 432) на момент поступления. При УЗИ диагностировали ретроамниальные и ретрохориальные гематомы, определяли их локализацию, размеры и объем.

В момент поступления беременных женщин в стационар при УЗИ была зафиксирована ретроамниальная или ретрохориальная гематома менее, чем у половины пациенток (45,1% – 325 женщин). У беременных с признаками вагинального кровотечения (1 группе) только в 31,9% случаев (у 92 женщин) визуализировалось пространство между стенкой полости матки и оболочкой плодного яйца пространство, заполненное жидким содержимым. В динамике объем этого пространства уменьшался, и на фоне проводимой терапии также снижалось количество кровянистых выделений из влагалища. Однако у 18 пациенток (6,25%) не удалось сохранить беременность, и на фоне массивного кровотечения произошла самопроизвольная эвакуация плодного яйца из полости матки.

Во второй группе беременных без признаков вагинального кровотечения в 53,9% (233 беременные) УЗИ показало наличие скопившейся крови между плодными оболочками и стенками полости матки. Динамические ультразвуковые исследования показали уменьшение объема ретроамниальной или ретрохориальной гематомы у 38 беременных (16,3%), при этом у данных пациенток в течение периода наблюдения выделения из половых путей были светлые, без наличия примесей крови. Остальные 195 пациенток с наличием бессимптомной гематомы при поступлении в дальнейшем жаловались на кровянистые выделения из половых путей (83,7%) различной интенсивности. При этом у 69 женщин из них кровотечение в дальнейшем наблюдалось на фоне стабилизации и регресса гематомы (35,4%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Статистический анализ показал, что нарастание объема гематомы в 64,6% случаев (у 126 женщин) предшествовало началу вагинального кровотечения, и в 19,0% (24 случая) закончились самопроизвольным выкидышем, несмотря на проводимое интенсивное лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, отсутствие вагинального кровотечения у беременной не гарантирует отсутствие отслойки плодного яйца. Наличие клинических признаков кровотечения из половых путей беременной свидетельствует об опорожнении ретроамниальной или ретрохориальной гематомы. Нарастание объема ретрохориальной или ретроамниальной гематомы у пациенток без клинических признаков вагинального кровотечения является прогностически неблагоприятным ультразвуковым признаком опорожнения гематомы и возможного самопроизвольного выкидыша.

СТРУКТУРА И ФАКТОРЫ РИСКА АНТЕНАТАЛЬНЫХ И ИНТРАНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

Газазян М.Г., Пономарева Н.А., Иванова О.Ю.

ФГБОУ ВО «КГМУ» Минздрава РФ, г. Краснодар

АКТУАЛЬНОСТЬ

Антенатальные и интранатальные потери характеризуются не снижающейся частотой, множеством факторов риска, низкой диагностикой причин, нерешенными вопросами патогенеза и неясным танатогенезом.Совершенствование перинатальной помощи, внедрение в акушерскую практику мониторного контроля в родах, расширение показаний к КС в интересах плода, использование высоко технологичных методов ведения родов и раннего периода неонатальной адаптации привело к значительному

снижению ранней неонатальной смертности, однако, частота мертворожденных детей осталась на прежнем высоком уровне. За последние 10 лет в РФ произошло четырех кратное снижение уровня интранатальных потерь, при этом частота антенатальной гибели плода (АГП) снизилась только в 1,5 раза и достигла половины всей перинатальной смертности.

ЦЕЛЬ

Цель сообщения состоит в представлении факторов риска дородовой гибели плода путём анализа мертворождаемости в Курской области за 2015 год, исследования клинических, ультразвуковых, допплерометрических, ПЦР характеристик в системе мать – плацента – плод и сопоставлением их с гистологическими данными у пациенток с потерями плода на сроках 22–40 недель

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 78 случаев мертворождения (за 2015 год) из них 71 случай антенатальной гибели плода, 7 случаев – интранатальной гибели. У 17 пациенток смерть ребенка диагностирована на сроках 22–27недель (24,0% от общего числа антенатальных потерь); у 29 пациенток – на сроках 28–35недель (40,8%) и у 25 пациенток – на сроках 36–40 недель (35,2%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Структура антенатальных потерь на сроках 22–27 нед. была следующей: 88,2% (15 жен.) – первичная плацентарная недостаточность в сочетании с острым инфекционным процессом в плаценте и носительством вирусных инфекций и соматическими заболеваниями; 5,9% ВПР несовместимые с жизнью в сочетании с плацентарной недостаточностью и 5,9% – монохориальная биамниотическая двойня с фето-фетальным трансфузионным синдромом. Ведущей причиной гибели плода на сроках 28–35нед. оставалась первичная или вторичная плацентарная недостаточность в сочетании с ЗРП, внутриутробной инфекцией (28 жен. 96,6%); в одном случае (3,4%) диагностирован HELLP синдром. У 25 пациенток на сроках гестации 36–40 недель основной причиной гибели плода была внутриутробная гипоксия, обусловленная плацентарной недостаточностью, осложненной отслойкой нормально расположенной плаценты. Типичная гистологическая картина при антенатальной гибели плода: флакопатия, множественные ишемические некрозы плаценты, иволютивно-дистрофические и воспалительные изменения в плаценте, очаговая лейкоцитарная инфильтрация в интервиллёзном пространстве, базальной пластинке, оболочках. Паренхиматозная дистрофия внутренних органов. Причиной интранатальной гибели плода во всех 7 случаях была патология пуповины (двух и трехкратное обвитие, короткая пуповина, оболочечное прикрепление пуповины) и тяжелая отслойка нормально расположенной плаценты. В ходе анализа выявлено отсутствие параллелей между клиническими проявлениями, рутинной ультразвуковой и допплерометрической картиной и морфологическим исследованием последов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, для снижения антенатальных потерь необходимо внедрение алгоритма диагностики ФПН; внедрение высоких технологий для минимизирования фето-фетальных трансфузионных осложнений; своевременная диагностика ВПР с дальнейшей научно обоснованной тактикой ведения беременности.

СТРУКТУРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Додхоева М.Ф., Мельникова В.Ю., Ашурова Н.М.

Кафедра акушерства и гинекологии №1, ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на значительные успехи акушерства и перинатологии в последние годы, проблема врождённых пороков развития (ВПР) плода не теряет своей актуальности. По оценкам Всемирной организации здравоохранения при-

мерно у 1 из 33 новорожденных наблюдаются ВПР, затрагивая каждый год около 3,2 миллиона детей. Из них ежегодно в течение первых 28 дней жизни 270 000 умирают (Информационный бюллетень ВОЗ, №370, 2015 г.). У доношенных детей ВПР среди причин летальных исходов составляют около 20% и занимают одно из ведущих мест. В структуре младенческой смертности также высок удельный вес смертей, обусловленных ВПР, составляя до 1/4 всех случаев (Лискович В.А, 2006).

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры экстрагенитальной патологии у женщин родивших детей с врождёнными пороками развития.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для первоначальных исследований нами были проанализированы 535 историй беременности и родов женщин, родивших детей с врождёнными пороками развития и 100 историй родов женщин, родивших детей без пороков, за период с 2001 по 2012 год, поступивших в городской родильный дом №3 г. Душанбе.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин в основной группе составил 26,1±0,26 лет, который варьировал от 18 до 35лет, в контрольной группе – 27,3±1,4, варьировавший от 20 до 42 лет. Роженицы раннего репродуктивного возраста основной группы составили (до 20 лет) – 20%, активного репродуктивного возраста (20–34лет) – 73,3%, позднего репродуктивного возраста (35 лет и более) – 6,7%. В группе контроля роженицы раннего репродуктивного возраста отсутствовали, активного составили 85%, позднего – 15% соответственно. При изучении паритета в основной группе выявлено, что большинство обследованных женщин оказались первородящими – 53,3%, повторнородящие (2–4 родов) были – 46,7%, многорожавших (5 родов и более) – не оказалось. В группе контроля на долю первородящих пришлось 5%, повторнородящих – 90%, и многорожавших – 5%. Все женщины из обеих групп были местной национальности.

Дефицит массы тела был отмечен в 56,6% случаев основной исследуемой группы и 20,0% – в группе сравнения, ожирение – у 16,6% пациенток основной группы. Основной патологией, на фоне которой наступила и развивалась беременность, оказалась ОРВИ – 98,1% и 95% соответственно, затем по частоте на втором месте оказалась анемия – 39,4% и 15% соответственно. Йоддефицитные заболевания сопутствовали беременности в 28,7% случаев, хронический пиелонефрит – в 27,5%, хронический тонзиллит – в 15%, брюшной тиф – в 9,2%. Указанные патологии были отмечены только у пациенток основной группы. Хотя указанные патологии в стране являются частыми заболеваниями, которые встречаются как у беременных, так и у небеременных женщин, было открытием обнаружение в анамнезе каждой 10-й беременной с ВПР плода указание на перенесенный брюшной тиф при его отсутствии в группе сравнения.

Следовательно, наличие у матери двух и более очагов хронической инфекции на фоне анемии, йоддефицитных заболеваний, дефицита массы тела, заболеваний почек относятся к группе экстрагенитальной патологии, которая представляет риск по развитию ВПР плода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ перенесенных и сопутствующих заболеваний у пациенток с ВПР плода указывает на необходимость правильно организованной прегравидарной подготовки пациенток с включением их оздоровления. Профилактика, своевременное выявление и лечение экстрагенитальных заболеваний у молодых женщин могут способствовать значительному снижению частоты рождения детей с различными уродствами и детей-инвалидов.

ПРЕНАТАЛЬНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА НА ОСНОВЕ ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Докудаева Ш.А.

Родильный дом ГБУЗ «Городская клиническая больница №79» ДЗМ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Послеродовый эндометрит (ПЭ) – инфекционное воспаление внутренней поверхности матки в послеродовом периоде – представляет собой важную медицинскую и социальную проблему, так как до настоящего время является одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности.

ЦЕЛЬ

Определить ультразвуковые прогностические критерии осложнений послеродового периода (ПП) на основе данных пренатальных исследований (УЗИ) беременных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы данные УЗИ 1803 беременных женщин, поступивших для родоразрешения в сроках 24–42 недели: 251 родильница, ПП у которых осложнился развитием эндометрита (группа 1) и 1552 пациентки с физиологическим течением ПП (группа 2). Критерием исключения была антибиотикотерапия во время беременности. Для определения прогностических критериев нами были вычислены предсказательные ценности положительного и отрицательного результата (ПЦПР и ПЦОР) для таких уз. критериев, как синдром задержки развития плода (СЗРП), преждевременное созревание / «старение» плаценты, плацентомегалия, маловодие и многоводие, гепатомегалия, кардиопатии, пиелэктазии плода, гидроцефальный синдром (исключая врожденные пороки центральной нервной системы), допплерометрические признаки фетоплацентарной недостаточности (ФПН).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1 группе большинство родов произошли в 33–36 недель (101 беременная – 40,2%), реже в 29–32 недели (89 женщин – 35,5%) и 24–28 (29 родильниц – 11,6%), 23 женщины родили в 37–40 (9,2%) и 9 после 40 недель (3,6%). Во второй группе роды преимущественно состоялись в 37–40 недель (1132 беременные – 72,9%), но 118 беременных родили в сроках от 33 до 36 недель (7,6%) и у 302 женщин были запоздалые роды (19,5%). Анализ показал высокую корреляцию между преждевременными родами (до 37 недель) и развитием в ПП воспалительного осложнения в полости матки: 91,9% вероятности. В то же время вероятность развития ПП при запоздалых родах составила всего 2%.

ПЭ-развился у всех родильниц, дети которых родились с гидроцефальным синдромом (18 детей в 1 группе). Статистическая обработка данных показала, что наиболее высокую ПЦПР имеют ультразвуковые признаки следующей патологии плода: кардиопатии (87,2%), гепатомегалия (85,8%), СЗРП (81,4%), пиелэктазии (81,3%). Вероятность развития эндометрита при маловодии составила 75,1%, плацентомегалии – 75%, преждевременном созревании / «старении» плаценты – 72,8%, наличии ФПН по данным допплерометрического исследования – 70,7%. Корреляция между многоводием и послеродовым эндометритом составила 31,3%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Преждевременные роды коррелируют с высокой частотой осложненного течения послеродового периода. Прогностически неблагоприятным фактором развития ПЭ являются ультразвуковые маркеры внутриутробного инфицирования плода, выражающиеся в нарушении структурности головного мозга, сердца и почек, а также увеличении размеров печени плода. Задержка внутриутробного развития плода, ассоциированная с наличием внутриутробной инфекции, также указывает на высокий риск реализации воспалительного процесса в полости матки в ПП. Признаки повреждения плаценты и маловодие повышают вероятность развития воспалительного поражения в полости матки в ПП до 70–75%. Многоводие не является прогностически неблагоприятным в отношении послеродового эндо-

метрита. Наши исследования показали, что наличие у плода патологии предположительно инфекционного генеза, а также нарушения фетоплацентарной системы должны учитываться при прогнозировании течения ПП.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Долгушина В.Ф., Курносенко И.В.

ГБОУ ВПО «ЮУГМУ» Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии, г. Челябинск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время при обсуждении ведущих причин невынашивания беременности все шире используется термин «внутриматочная инфекция» (ВМИ). При этом остаются спорными вопросы, касающиеся определения данной нозологической формы, ее диагностических критериев в отсутствии гистологического подтверждения, а также характера воспалительного процесса в матке у беременных женщин. Выявление маркеров ВМИ во время беременности позволит своевременно проводить лечебно-профилактические мероприятия.

ЦЕЛЬ

Выявить критерии ВМИ у беременных женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено комплексное обследование 327 беременных женщин, взятых методом сплошной выборки, включающее клинико-лабораторные, микробиологические, инструментальные и иммунологические методы. После родов оценены результаты морфологического исследования последов у этих же пациенток с проведением сопоставительного анализа. В I (основную) группу исследования вошли 130 женщин, у которых после родов была верифицирована ВМИ, во II группу (сравнения) – 197 женщин без воспалительных изменений в последах. Статистическая обработка проводилась с помощью статистического пакета Statistica 8.0 (StatSoft, USA).

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным нашего исследования среди 327 женщин нормоценоз нижнего отдела генитального тракта был выявлен только у 65 пациенток (20%). У остальных 262 женщин (80%) наблюдались различные дисбиотические или воспалительные процессы влагалища и/или шейки матки. Наиболее часто выявлялся цервицит – у 54% женщин, при этом в «изолированном» виде он диагностировался у 27,5%, в сочетании с кольпитом – у 21,7%, с бактериальным вагинозом – у 4,9% пациенток. Кольпит регистрировался у 11%, бактериальный вагиноз – у 10% пациенток, дисбиоценоз влагалища – в 4,9% случаев. Морфологически верифицированная ВМИ была выявлена у 130 из 327 обследованных женщин (39,8%), при этом достоверно чаще у пациенток с цервицитами. При преждевременных родах ВМИ была обнаружена в 77,8% случаев, при своевременных родах – 36,7% ($p<0,001$). При преждевременных родах чаще регистрировались гистологические формы ВМИ, указывающие на более распространенный воспалительный процесс, захватывающий все плодные оболочки, пуповину и плаценту. Был выявлен ряд анамнестических, клинико-лабораторных, инструментальных и иммунологических предикторов, с большой долей вероятности подтверждающих наличие ВМИ у беременных женщин. После построения модели логистической регрессии мы установили 5 независимых критериев, каждому из которых присвоили 1 балл. Риск ВМИ при отсутствии всех предикторов (0 баллов) составляет 7,1–8,3 %; при наличии 4–5 баллов – 88,9–100 %, при 1–3 баллов – 23,4–75,9 %.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез 1 балл

Цервицит 1 балл

Изменения ФПК на УЗИ 1 балл

Стойкая угроза прерывания беременности 1 балл

Нарушение маточно-плацентарного кровотока 1 балл

В качестве наиболее значимых дополнительных диагностических тестов для постановки диагноза ВМИ могут быть использованы следующие иммунологические показатели: в перифе-

рической крови: IL-1β, IL-10, IL-17; в цервикальной слизи: sVE-кадгерин и α-дефензины.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанная 5-бальная шкала критериев ВМИ у беременных женщин, а также использование ряда иммунологических показателей – позволяет своевременно поставить диагноз и провести лечебно-профилактические мероприятия.

СОВРЕМЕННЫЕ НЕИНВАЗИВНЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКОМПАКТНОГО МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БЕРЕМЕННЫХ

Дорошенко Д.А., Зубарев А.Р., Принц Г.Д., Лебедева А.Ю., Лапочкина О.Б., Конышева О.В.

ГКБ №15 им. О.М. Филатова ДЗМ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Некомпактный миокард левого желудочка (НМЛЖ) – редкая форма врожденной кардиомиопатии, которая характеризуется чрезмерной трабекулярностью с образованием глубоких межтрабекулярных углублений.

С учетом риска тромбообразования в лакунах пациентам с НМЛЖ показана антикоагулянтная терапия (АКТ), которая далеко не всегда безопасна, особенно у беременных. В тоже время растет количество беременных пациенток с металлоконструкциями в полостях сердца, такими как электрокардиостимулятор (ЭКС) и пр., имплантированными в связи с нарушениями ритма и проводимости на фоне хронической сердечной недостаточности. Ряд авторов указывают на повышение трабекулярности верхушки левого желудочка у беременных в ответ на увеличивающуюся преднагрузку сердца, что также усложняет точную постановку диагноза, от которого зависит необходимость АКТ.

Поэтому нам представляется крайне актуальной неинвазивная, безопасная для матери и плода, определяющая тактику лечения диагностика НМЛЖ.

ЦЕЛЬ

Выявить дополнительные дифференциально-диагностические критерии в неинвазивной оценке НМЛЖ у беременных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 10 беременных различных сроков гестации, наблюдавшиеся в специализированном роддоме при ГКБ №15 им. О.М. Филатова с подозрением на НМЛЖ, в возрасте 25,7±9,3 лет. У 3 беременных (30%) с подозрением на НМЛЖ в возрасте 23,7±6,5 лет выполнение полного диагностического алгоритма было невозможно из-за наличия ЭКС. Эхокардиографию (ЭХО-КГ) выполняли на ультразвуковых сканерах Aplio Artida и Aplio 500 (Toshiba Medical System Corporation, Япония). По общепринятой методике оценивали геометрию ЛЖ, фракцию выброса ЛЖ, внутрисердечную гемодинамику и насосную функцию сердца, рассчитывали соотношение толщины некомпактного слоя к компактному (НМЛЖ подозревали при соотношении >2). Исследование дополняли оценкой миокарда в режиме Superb Micro-Vascular Imaging (SMI).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 10 пациенток (100%) удалось добиться прокрашивания обоих слоев миокарда в режиме SMI. У 2 пациенток (20%) без внутрисердечной металлоконструкции при соотношении слоев около 2, с учетом данных SMI, подозрительная на НМЛЖ трабекулярность верхушки была расценена как норма, что в дальнейшем получило подтверждение на МРТ. У 8 беременных (80% случаев) при наличии НМЛЖ в режиме SMI были выявлены дефекты перфузии в зонах предполагаемой некомпактности. У 3 пациенток с ЭКС визуализация в режиме серошкального изображения была субоптимальной, а выполнение МРТ было невозможно. При использовании SMI во всех 3 случаях (100%) были выявлены дефекты перфузии в зонах, подозрительных на НМЛЖ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для неинвазивной верификации НМЛЖ у беременных необходимо проводить оценку не только анатомо-функциональных особенностей миокарда, опираясь на серошкальный режим, но и пытаться оценить его перфузию

в современных режимах сканирования с учетом дополнительных дифференциально-диагностических критериев на основе оценки результатов SMI при выполнении ЭХО-КГ.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТОНИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Евсеева М.П., Иванян А.Н., Густоварова Т.А., Киракосян Л.С., Афонченкова М.А.

ОГБУЗ «Клиническая больница №1», г. Смоленск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В связи с развитием перинатальной направленности и увеличением пациенток с экстрагенитальными заболеваниями и возрастных первородящих в акушерстве за последние 10 лет отмечен рост количества операций кесарево сечение. По данным литературы, кровопотеря более 1000 мл при кесаревом сечении встречалась в 14 раз чаще, чем при родах через естественные родовые пути. Поэтому не подлежит сомнению, что проблема акушерских кровотечений требует разработки и совершенствования методов их лечения.

ЦЕЛЬ

Анализ эффективности и безопасности перевязки маточных сосудов на трех уровнях в комплексе лечения гипотонического кровотечения во время кесарева сечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено обследование 65 пациенток, родоразрешенных путем операции кесарева сечения в роддоме КБ № г. Смоленска с 2014 по 2015 г., которые были разделены на 2 группы: основную составили 30 родильниц с гипотоническим кровотечением, у которых в комплексе мероприятий по остановке кровотечения во время кесарева сечения была выполнена перевязка маточных сосудов на трех уровнях и контрольную – 35 пациенток, у которых оперативные роды не осложнились кровотечением.

Перевязка маточных сосудов на трех уровнях осуществлялась по описанному нами способу: восходящей ветви выше внутреннего зева и яичниковой ветви непосредственно у углов матки с обеих сторон, дополнительно накладывают лигатуру в средней трети тела матки, причем все лигатуры накладывают с захватом миометрия, не проникая в полость матки, тем самым обеспечивается временное прижатие сосудов матки с последующим восстановлением кровотока в сосудах матки. Всем обследованным на 3–5–7 сутки мы проводили допплерометрию маточных артерий с обеих сторон на уровне перешейка матки с использованием ультразвукового аппарата «Voluson E8» (США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении кесарева сечения у 30 пациенток основной группы после отделения последа отмечалось нарушение сократительной способности матки и развитие гипотонического кровотечения. Для его остановки проводилось введение утеротоников, инфузионная терапия. Но должного эффекта не было получено, что послужило показанием для перевязки сосудов на трех уровнях.

Общий объем кровопотери в среднем составил 1300±270 мл. У 29 родильниц гипотоническое кровотечение во время кесарева сечения удалось остановить, не прибегая к органуносящей операции (гистерэктомии). Следовательно, в 96,7% случаев предложенная нами методика оказалась эффективной. Одной пациентке была выполнена экстирпация матки, вследствие присоединившейся коагулопатии.

У 29 пациенток основной группы, у которых перевязка маточных сосудов на трех уровнях оказалась эффективна, на 3-е сутки послеоперационного периода отмечалось снижение пульсационного индекса и индекса резистентности. При оценки дальнейшей динамики показателей сосудистого сопротивления в маточных артериях отмечался рост значений RI и PI в маточных артериях к 7 суткам, достигая значения в контрольной группе. Это свидетельствует о постепенной реканализации сосудов матки после выполнения органосохраняющих операций при акушерских кровотечениях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, перевязка маточных сосудов на трех уровнях является эффективным и безопасным методом лечения гипотонического кровотечения во время кесарева сечения.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ ПЛАЦЕНТЫ. МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Жаркин Н.А., Гаврильчук Т.К., Двужилов В.В., Попова Е.Б.

ВолгГМУ, г. Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Массивная кровопотеря в результате преждевременной отслойки плаценты и формирования матки Кювелера продолжает оставаться одной из наиболее частых причин гистерэктомий. Попытки использования компрессионных швов на матку при данной патологии мало эффективны, поскольку причиной кровопотери при данной патологии в большей степени является коагулопатия, а не гипотония матки. В связи с этим требуется поиск более эффективных хирургических и медикаментозных методов, позволяющих остановить кровотечение и сохранить репродуктивную функцию пациентке.

ЦЕЛЬ

Улучшить результаты оперативного лечения маточного кровотечения, обусловленного преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведенено исследование «случай-контроль» 80 пациенток, оперированных по поводу преждевременной отслойки плаценты в 3-х крупных родовспомогательных учреждениях Волгоградской области за период 2005–2015 годы. Всем пациенткам производилась операция кесарева сечения и деваскуляризация матки путем двухсторонней перевязки маточных артерий с двух сторон с лечебной или профилактической целью при высоком риске увеличения кровопотери, а также медикаментозное лечение коагулопатии транексамовой кислотой и преаратами нативной плазмы по показаниям.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Эффективность проведенных мероприятий в плане остановки кровотечения и сохранения органа составила 94%. Гистерэктомия выполнена пятерым пациенткам в связи с угрожающей жизни кровопотерей. Отдаленные результаты в течение 3-х лет после операции у 24 пациенток с сохраненной маткой показали отсутствие нарушений менструальной функции, беременность наступила и благополучно завершилась у 4-х из них.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, деваскуляризация матки в виде двухсторонней перевязки маточных артерий в двух уровнях во время кесарева сечения по поводу преждевременной отслойки плаценты оказалась простым в освоении и эффективным методом интраоперационой остановки маточного кровотечения, а также безопасным профилактическим мероприятием при высоком риске его прогрессирования.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН (ПО ДАННЫМ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ)

Завалко А.Ф., Агафонова О.В., Котельников В.В.

Медицинский университет «РЕАВИЗ», г. Самара

АКТУАЛЬНОСТЬ

В России, а также в Самарской области неуклонно растет число ВИЧ-инфицированных пациентов, как в маргинальных слоях населения, так и у социально благополучных женщин. Проблема беременности на фоне ВИЧ-инфекции, профилактика трансмиссивного пути передачи от матери плоду является одной из актуальных в современном обществе.

ЦЕЛЬ

Выполнить клинико-статистический анализ течения беременности, родов, послеродового периодов у ВИЧ-инфицированных и здоровых женщин Самарской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами был выполнен ретроспективный анализ медицинской документации пациенток, наблюдаемых и родоразрешенных на базе родильного дома и женской консультации Самарской ГБ №10.

В исследование были включены 238 женщин. Из них 67,2% ВИЧ-инфицированые – I группа; и 32,8% ВИЧ-негативные женщины – II группа. В ходе исследования осуществлялась оценка течения настоящей беременности, родов и послеродового периода в указанных подгруппах женщин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ особенностей течения беременности на фоне ВИЧ-инфекции позволил выявить следующие осложнения. В I триместре рвота беременных у ВИЧ-позитивных пациенток встречалась более чем в 8 раз чаще и протекала тяжелее. Частота встречаемости угрозы прерывания беременности (УПБ) в обеих группах отличалась несущественно (83,13% среди ВИЧ-позитивных и 74,36% – ВИЧ-негативных). Однако у ВИЧ-инфицированных пациенток почти в 4 раза чаще УПБ протекала с наличием ретрохориальной гематомы. В III триместре беременности у ВИЧ-инфицированных женщин в 2 раза чаще наблюдалась ХФПН (хроническая фетоплацентарная недостаточность), СЗРП (синдром задержки развития плода) 1–3 степени (10,62% в I и 1,28% во II группах), многоводие и маловодие (10,0% в I и 5,13% во II группах); в 2 раза чаще встречалось обвитие пуповины, в 5 раз чаще низкая плацентация и в 2 раза чаще – анемия беременных.

Оперативным путем было родоразрешено 104 женщины I группы, что составило 65,0% и 10 женщин II группы – 12,82%. В послеоперационном периоде у ВИЧ-позитивных женщин частота субинволюции матки встречалась в 3 раза чаще. Из 56 ВИЧ-инфицированных женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути, у 3 (5,36%) имели место аномалии родовой деятельности и у 2 (3,57%) – несвоевременное излитие околоплодных вод. Установлено, что во II группе пациенток частота данных осложнений была существенно больше: аномалии родовой деятельности диагностировались у 10 (14,7%) женщин – что в 3 раза больше, чем в группе I и несвоевременное излитие околоплодных вод у 6 (8,82%) женщин, что более чем в 2 раза превышает аналогичные показатели I группы.

В послеродовом периоде субинволюция матки встречалась у 33 ВИЧ-инфицированных женщин, в то время как у здоровых женщин частота встречаемости данного осложнения была в 3,5 раза ниже и встречалась только у 5 человек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования установлены различия течения беременности, родов и послеродового периодов у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных женщин. У ВИЧ-инфицированных женщин отмечается рост таких осложнений как: рвота беременных, УПБ на ранних сроках (преимущественно с отслойкой хориальной ткани), ХФПН, СЗРП, субинволюции матки после родов.

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Зазерская И.Е., Шелепова Е.С., Яковлева Н.Ю., Ишкараева В.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преэклампсия остается одним из самых грозных и частых осложнений беременности по настоящее время. Установлено, что все патологические изменения начинаются уже с момента имплантации яйцеклетки и развития плаценты. В последние годы уделяется внимание на изучение ранних предикторов преэклампсии и поиск новых таргетных подходов к лечению и профилактике. Например, доказано, что аспирин в дозировке 75 мг снижает развитие преэклампсии в группах высокого риска, и ВОЗ рекомендовало его применение для профилактики. Также исследуется роль витамина D и недостаточность кальция в развитии данного осложнения. Установлено, что при преэклампсии повышается уровень кардиотонических стероидов, в основном маринобуфагенина и, что синтезируются они в плаценте. В литературе описано, что маринобуфагенин в наномолярных концентрациях стимулирует синтез коллагена в сердечно-сосудистых тканях и в почках, также в пупочной артерии, что приводит к нарушению ее релаксации.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилось изучение роли витамина D и кардиотонических стероидов в развитии преэклампсии. Также оценить терапевтическое действие антител к маринобуфагенину, дросперинона, канренона на уровень коллагена-1 в плаценте при преэклампсии, in vitro.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Все исследования одобрены этическим комитетом ФГБУ СЗФМИЦ. В исследование включено 125 беременных женщин на доношенном сроке беременности, средний возраст составил 28+2 лет. Из них у 110 беременным произведен забор биообразцов крови с последующим определением уровня 25-гидроксикальциферола (25-OH-D) электрохемилюминесцентным методом на анализаторе Architect 2000. У 15 (8 беременных с преэклампсией +7 – с физиологически протекающей беременностью) произведен забор сектора плаценты с определение уровня коллагена-1, как признака фиброза, методом Western-блот и биообразцов крови для определения уровня маринобуфагенина методом иммунофлуометрии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У беременных с преэклампсией частота дефицита витамина D составила 69,6%, недостаточности витамина D – 21,5%, нормального уровня витамина D – 8,9%. При физиологической протекающей беременности дефицит витамина D обнаружен не был, у 18,5% женщин выявлена недостаточность витамина D, у 81,5% женщин – нормальный уровень витамина D. Средний уровень 25-OH-D в сыворотке при преэклампсии 17,35±1,3 нг/млпри физиологической беременности – 42,56±1,5 нг/мл. Уровень маринобуфагенина при преэклампсии в 3 раза выше физиологической беременности (1,56+0,41 нмоль/л против 0,47+0,10 нмоль/л соответственно). При изучении уровня коллагена-1 в плаценте при преэклампсии получены следующие результаты: уровень коллагена-1 практически в 2 раза повышен по сравнению с неосложненной беременностью. При изучении терапевтических эффектов при преэклампсии, in vitro, уровень коллагена-1 снижается при воздействии Диджифаба незначительно, а при воздействии дросперинона, канренона и моноклональных антител к маринобуфагенину практически нормализуется.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у беременных с преэклампсией достоверно чаще встречается дефицит и недостаточность витамина D. Кардиотонические стероиды вызывают плацентарный фиброз. В группах риска необходим подбор индивидуальной дозы витамина D (с начальной дозы 2000 МЕ) и дополнительный прием препаратов кальция для профилактики развития преэклампсии. В перспективе использование препаратов антител к маринобуфагенину.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D И ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Зазерская И.Е., Шелепова Е.С., Ширинян Л.В., Кузнецова Л.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Распространенность дефицита и недостаточности витамина D в мире высока. Вся географическая территория России находится в зоне дефицита витамина D. Дефицит и недостаточность витамина D среди беременных составляет от 37 до 79%. Дефицит витамина D имеет негативные последствия на течение беременности, и является фактором риска развития бесплодия, невынашивания беременности, преэклампсии, гестационного сахарного диабета, бактериального вагиноза, синдром задержки роста плода.

ЦЕЛЬ

Изучить распространенность дефицита и недостаточности витамина D у беременных с бесплодием, невынашиванием, преэклампсией и гестационным сахарным диабетом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалы и методы. Когортное ретроспективное и проспективное исследование, выполнено на базе ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова». Обследовано 800 беременных женщин с сентября 2013 г. по март 2015 г., проживающих в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Средний возраст 29±2,1 лет, срок беременности 12–14, 24–36, 34–38 недель. Всем беременным произведен забор биообразцов крови с последующим определением уровня 25-гидроксикальциферола (25-OH-D) электрохемилюминесцентным методом на анализаторе Architect 2000.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенного исследования установлено: недостаточность и дефицит витамина D выявлены у 100 % женщин с бесплодием (в фолликулярной жидкости у 80% пациенток, в сыворотке крови у 100%). При угрозе прерывания беременности в I триместре дефицит витамина D в сыворотке крови выявлен у 47,9% беременных, недостаточность – у 22,9%, норма витамина D – у 29,2%. У беременных с преэклампсией частота дефицита витамина D составила 69,6%, недостаточности витамина D – 21,5%, нормального уровня витамина D – 8,9%. При физиологической протекающей беременности дефицит витамина D обнаружен не был, у 18,5% женщин выявлена недостаточность витамина D, у 81,5% женщин – нормальный уровень витамина D. Связь между дефицитом витамина D и развитием гестационного сахарного диабеты установлена не была.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, недостаточность и дефицит витамина D встречается у 100% женщин с бесплодием, в 6 раз чаще встречается дефицит и недостаточность витамина D у пациенток с невынашивания беременности, в 5 раз чаще встречается низкий уровень витамина D у беременных с преэклампсией. При физиологической протекающей беременности дефицит витамина D не обнаружен, недостаточность витамина D выявлена лишь у 18,5% женщин.

ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Зайдиева Я.З., Логутова Л.С., Никольская И.Г., Прокопенко Е.И., Ветчинникова О.Н., Горенкова О.С., Кручинина Е.В., Микерова Н.В., Крупская М.С.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

ВОЗ определила остеопороз (ОП) как одно из десяти важнейших заболеваний человечества. Остеопенический синдром во время беременности, после родов – серьезная проблема. Сни-

жение плотности костной ткани (ПКТ) в I триместре встречается у 10–27% беременных, и часто диагностируется в III триместре беременности. Причины изменений костной ткани у пациенток с хронической болезнью почек (ХБП): прием глюкокортикоидов и антикоагулянтов, дефицит продукции почками витамина Д, др.

ЦЕЛЬ

Оценка состояния ПКТ у беременных пациенток с ХБП различных стадий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

61 беременная от 20 до 34 лет с ХБП I-V стадий обследована в разные сроки гестации. Исследование ПКТ проводилось на УЗ-денситометре Sunlight Omnisense 7000 в дистальном отделе лучевой и середине большеберцовой костей в сроках 10–12, 20–22, 32–36 недель гестации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Беременные с ХБП были разделены на 3 группы: 1 гр. – 45 женщин (74%) с ХБП I–II ст., 2 гр. – 14 (23%) с ХБП III ст., 3 гр. – 2 пациентки с ХБП IV-V ст. В 1 триместре в 1 случае – остеопения (Z-критерий –1,9), и в 1 – нормальная ПКТ (Z=+0,4), что составило 50%. Во 2 триместре было проведено 25 исследований, из них у 9 – остеопения (Z=–1,7±0,85), у 2 – остеопороз (Z=–3,1±0,59), что составило 44%. В 3 триместре у 16 – остеопения (Z=–1,6±0,38), у 2 – остеопороз (Z=–2,9±0,72), что составило 51,4%. Всего в 1 группе выявлен остеопенический синдром за все триместры у 22 беременных(48,8%). Во 2 группе исследование ПКТ проведено у 10 беременных в 1–3 триместрах. В 1 триместре у 3 – остеопения (Z=–1,8±0,75), у 1 – остеопороз (Z=–3,9±0,31),что составило 66,7%. Во 2 триместре у 6 – остеопения (Z=–2,2±0,63), у 1 – остеопороз (Z=–4,2), что составило 77,8%. В 3 триместре у 4 – остеопения (Z=–1,7±0,92), у 1 – остеопороз (Z=–4,0), что составило 83,3%. Всего во 2 группе остеопенический синдром был выявлен у 64,3% беременных. Все беременные 1–2 группы с остеопеническим синдромом, получали препараты кальция в сроках с 10–12, 20–22, 30–32 нед. курсы по 7 недель (Кальций Д3 Никомед 2 таб. в сутки). При УЗ-денситометрии в динамике в 1 группе у 33% выявлено замедление костных потерь во время беременности при дотации кальцием (<1% прирост ПКТ), у 67% – потери ПКТ от 1 к 3 триместру составили от 1,9% до 7,6%. Во 2 группе при УЗ-денситометрии в динамике у 40% пациенток – замедление костных потерь на фоне приема препаратов кальция (<1% прирост ПКТ), у 60% выявлены потери ПКТ от 1 к 3 триместру от 1,8% до 4,6%. В 3 группе у 2 пациенток во 2 триместре выявлен остеопороз (Z=–6,8±0,2). У 1 беременной исследование проведено в 3 триместре, выявлен остеопороз (100%), (Z=–7,2±0,2). Назначение препаратов кальция беременным 3 группы нецелесообразно, т.к. им проводятся программные гемодиализы, применение глюкокортикостероидов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С увеличением срока гестации снижение ПКТ по данным УЗ-денситометрии выявлено у 60% женщин с ХБП, по сравнению с здоровыми, несмотря на прием кальция, что требует пересмотра дозы препарата у беременных с ХБП.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНТИЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Зиганшина М.М., Амирослановв Э.Ю., Сергунина О.А., Николаева М.А., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Логинова Н.С., Сухих Г.Т.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Антиэндотелиальные антитела (АЭАТ) – гетерогенная группа антител, связывающихся с эндотелиальными клетками, выявляемая при различных аутоиммунных, воспалительных заболеваниях, а также после трансплантаций. Повышенный уровень АЭАТ выявлен у пациентов с маскированной гипертензией, идиопатической и осложненной легочной гипертензией. Однако существуют ограниченные данные об исследовании АЭАТ при гипертензивных расстройствах

во время беременности. Поскольку АЭАТ являются потенциальными регуляторами функции эндотелиальных клеток, а также рассматриваются в качестве активаторов эффекторных реакций, которые способны оказывать негативный эффект на эндотелий, то определение АЭАТ является важной задачей для изучения патогенеза гипертензивных состояний при беременности.

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования явилось выявление АЭАТ, изучение частоты встречаемости и оценка диагностической значимости у пациенток с гипертензивными расстройствами во время беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В одномоментное исследование были включены 153 пациентки в III триместре беременности: 30 условно здоровых пациенток (группа сравнения) и 123 пациентки с гипертензивными расстройствами во время беременности (основная группа). В основной группе были выделены: 1 группа – 26 пациенток с диагнозом ХАГ; 2 группа – 16 пациенток с гестационной артериальной гипертензией (ГАГ); 3 группа – 81 пациентка с преэклампсией (ПЭ). В 3 группе произведено разделение: 3А – 29 пациенток с умеренной ПЭ; 3Б – 28 пациенток с тяжелой ПЭ; 3С – 15 пациенток с умеренной ПЭ на фоне ХАГ и 3Д – 9 пациенток с тяжелой ПЭ на фоне ХАГ. По результатам определения АЭАТ IgG из основной группы была выделена группа АЭАТ IgG+ пациенток (n=29).

Изучение активности связывания АЭАТ с эндотелиальными клетками линии EA.hy926 осуществляли методом проточной цитометрии. Клетки инкубировали с исследуемыми сыворотками, после чего проявляли связавшиеся с клетками антитела флуоресцентно мечеными вторичными антителами, специфичными к Fc-фрагменту IgG человека или μ-цепи IgM человека. Активность связывания АЭАТ с поверхностными антигенами характеризовали, оценивая процент живых клеток, которые связывают антитела из образца крови (ПЦМ%). Исследованные показатели представлены в виде Me (L; H), где Me – медиана, L – нижний квартиль, H – верхний квартиль.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ результатов показал, что в основной группе АЭАТ IgG выявлялись у 24% пациенток. С максимальной частотой АЭАТ IgG выявлялись у пациенток с ПЭ умеренной (47%) и тяжелой степени (56%) на фоне ХАГ.

У пациенток основной группы обнаружено значимое снижение активности связывания АЭАТ, представленных иммуноглобулинами (Ig) класса M (АЭАТ IgM), p=0,004. Для АЭАТ, представленных Ig класса G (АЭАТ IgG), напротив, выявлено значимое увеличение активности связывания по сравнению с здоровыми беременными, p=0,001. Значения ПЦМ% в группе АЭАТ IgG+ пациенток были значимо ниже, для АЭАТ IgM, и, напротив, выше для АЭАТ IgG при сравнении со здоровыми беременными пациентками, что совпадает с результатами в основной группе.

Характеристика АЭАТ у пациенток всех исследуемых групп показала, что активность связывания АЭАТ IgM значимо снижена у: пациенток с ГАГ – ПЦМ% составил 10,2 (3,1; 34,0) (p=0,028); пациенток с ХАГ 9,3 (4,4; 15,2) (p=0,0004); пациенток с группы 3 А 14,1 (1,3; 41,8) (p=0,018); пациенток группы 3 С 10,8 (2,3; 30,6) (p=0,015). Значение ПЦМ% в группе сравнения составило 29,2 (20,1; 57,7). Для пациенток групп 3Б и 3Д не было выявлено значимых различий в значениях ПЦМ% с группой сравнения.

Активность связывания АЭАТ IgG с эндотелиальными клетками была минимальной у пациенток группы сравнения: значения ПЦМ,% составили 0,0 (0,0; 0,5). Значимо повышенная активность связывания выявлена у пациенток с ХАГ – ПЦМ% составил 0,0 (0,0; 6,0) (p=0,044); пациенток группы 3 С 12,5 (2,4; 38,3) (p<0,0001); пациенток группы 3 Д 58,6 (0,0; 89,5) (p=0,009).

Оценка диагностической значимости выявления АЭАТ показала, что при сравнении результатов выявления антител у здоровых пациенток и пациенток основной группы AUC составляет 0,67 (p=0,0004) и 0,64 (p=0,0024) для АЭАТ IgM и АЭАТ IgG, соответственно; чувствительность 58% и 46%, а специфичность 87% и 93%. У АЭАТ IgG+ пациенток AUC составляет 1,0 (p<0,0001) для АЭАТ IgG; а для АЭАТ IgM 0,68 (p=0,0109) с чувствительностью 59% и специфичностью 87%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют, что при физиологической беременности иммунный ответ на антигены эндотелия представлен низкоаффинными полиреактивными антителами М-класса, которые являются частью гуморальной составляющей врожденного иммунитета. Гипертензия, как существующая до, так и развившаяся во время беременности характеризуется снижением АЭАТ IgM и повышением АЭАТ IgG в основной когорте, и у отдельных групп пациенток, что свидетельствует об участии иммунного фактора в патогенезе гипертензивных расстройств во время беременности. Клиническое и диагностическое значение АЭАТ при гипертензивных расстройствах во время беременности, несомненно, представляет интерес и требует дальнейшего изучения.

РОЛЬ ГЛИКАНОВ И АНТИГЛИКАНОВЫХ АНТИТЕЛ В ФОРМИРОВАНИИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПЛОДУ: НОВЫЕ ДАННЫЕ О ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Зиганшина М.М., Шилова Н.В., Хасбиуллина Н.Р., Наваковский М.Е., Ракитько А.С., Куликова Г.В., Щеголев А.И., Подгорнова М.Н., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Бовин Н.В., Сухих Г.Т.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва ФГБУН Институт биоорганической химии им. академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова Российской академии наук, г. Москва; Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, механико-математический факультет, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время одной из наиболее перспективных теорий, которые дают целостное представление о молекулярных механизмах формирования иммунологической толерантности к плоду является теория «фето-эмбриональной защиты», согласно которой гликаны (углеводы) и гликан-связывающие белки (эндогенные лектины и антигликановые антитела) имеют ключевое значение в процессах распознавания «свое» – «чужое». Патология беременности связывается с наличием / формированием «углеводного фенотипа», который оказывает активирующее влияние на иммунную систему. Напротив, физиологическое развитие беременности связано с определенным паттерном гликозилирования клетки и наличием / синтезом спектра естественных / адаптивных антител, которые оказывают регуляторное и протективное действие на фетальные и собственные клетки.

ЦЕЛЬ

Поскольку преэклампсия (ПЭ) является классическим примером гиперактивации иммунной системы при беременности, то целью данного исследования явилось изучение: а) спектра антигликановых антител (АгАТ) представленных иммуноглобулинами G-класса (АгАТ IgG) в периферической крови; б) состава гликокаликса в структурных элементах плаценты у пациенток с физиологической беременностью и осложненной ПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В одномоментное исследование были включены 66 пациенток. Основную группу составили 26 пациенток с ПЭ (группа 1), группу сравнения – 10 условно здоровых пациенток вне беременности (группа 2А) и 30 здоровых беременных в III триместре (группа 2Б). АгАТ исследовались в сыворотке крови методом гликочипа. Был использован гликановый микрочип (гликочип), лигандами которого являются природные и синтетические гликаны, входящие в состав большинства гликопротеинов и гликолипидов человека, в том числе антигенам групп крови АВ0, Lewis и т.д. и их производным. Всего были исследованы АгАТ IgG против 374 гликанов. У части пациенток групп 1 (n=16) и 2Б (n=7) была выполнена лектиновая гистохимия на срезах плаценты с помощью панели биотинилированных лектинов: лектина Маакии амурской (MAL II), лектина Бузины черной (SNA), агглютинина Эритрины петушиный гребень (ECL), агглютинина Утесника европейского (UEA I), конканавалина А (ConA) и агглютинина Вики мохнатой (VVL). При анализе результатов, полученных методом лектиновой

гистохимии, группа 1 была разделена на группу 1А (умеренная ПЭ) и 1Б (тяжелая ПЭ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациенток с умеренной ПЭ обнаружено сниженное содержание терминальных остатков α(2,6)-связанной сиаловой кислоты (окрашивание лектином SNA) в составе углеводных цепей гликокаликса эндотелия терминальных ворсин плаценты (p=0,012); состав гликокаликса синцитиотрофобласта у пациенток данной группы не отличался от группы 2Б. Количество маннозогликанов (ConA) и гликанов с терминальными остатками β-Gal- (ECL) в синцитиотрофобласте и эндотелии капилляров терминальных ворсин плаценты было значимо выше у пациенток с ПЭ тяжелой степени, чем в группе 2Б (p<0,04). Обнаружено повышенное содержание остатков α(2,6)-связанной сиаловой кислоты в синцитии (p=0,007) и сниженное содержание α(2,3)-связанной сиаловой кислоты в эндотелии терминальных ворсин (p<0,001) при тяжелой ПЭ.

Исследование спектров АгАТ IgG у здоровых доноров, а также у пациенток с физиологической и осложненной ПЭ беременности показал, что, во-первых, при физиологической беременности выявлен системный эффект уменьшения общего уровня АгАТ IgG; пациентки с ПЭ по уровню АгАТ IgG, занимают промежуточное положение между здоровыми беременными и небеременными донорами. Во-вторых, различия между группами наиболее ярко выражены у здоровых небеременных доноров и пациенток с физиологической беременностью – выявлено 12 топовых гликанов, АгАТ IgG по которым значимо ниже при беременности, что может доказывать их возможную роль для формирования толерантности к плоду. В-третьих, различия между всеми группами выявлены по АгАТ IgG против сульфатированного ди-N-ацетиллактозамина (GalNAcβ1–4(6-O-Su)GlcNAcβ-), что, возможно, свидетельствует о потенциальной роли этих антител в формировании иммунологической толерантности при беременности, и патогенезе ПЭ. В-четвертых, выявлен профиль АгАТ IgG (антитела против GlcNAcα-терминированных гликанов, гликанов с коровой лактозой и мальтоолигосахаридов), уровень которых остается неизменным у всех трех групп, что может свидетельствовать об избирательности изменения антител при беременности и, вероятно, регуляторной роли этих АгАТ IgG.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты позволяют предполагать, что: а) АгАТ IgG могут рассматриваться в качестве кандидатов на роль «блокирующих» антител, выполняющих регуляторную функцию при физиологической беременности; б) модификации гликома синцитиотрофобласта и эндотелия терминальных ворсин плаценты могут быть ключевым звеном в патогенезе ПЭ, особенно ее тяжелой формы.

СОПУТСТВУЮЩАЯ СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой, г. Кемерово

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ученые считают, что гестационный сахарный диабет (ГСД) развивается на фоне гормональных изменений во время беременности вместе с генетическими и экологическими факторами. ГСД выявляется у 3–10% беременных женщин в мире. ГСД рассматривается врачами, как тревожный фактор в отношении предрасположенности женщины к развитию сахарного диабета 2 типа в будущем и связан с большим числом акушерских осложнений и неблагоприятными последствиями для здоровья матери.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось изучение сопутствующей соматической патологии у беременных с ГСД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 56 женщин. Возраст осмотренных женщин составил от 19 до 41 года (30,1 ± 0,8). Статистическая обработка материала проводилась методами непараметрической статистики в программной среде STATISTICA 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Помимо ГСД, у 42 (75,0%) женщин имелась соматическая патология: ожирение у 40 женщин (71,4%) (I степень – 20 (35,7%), II – 12 (21,4%), III – 8 (14,3%)), гипертоническая болезнь (ГБ) у 22 женщин (39,3%). При этом ГБ страдали преимущественно женщины с ожирением (20 женщин, 90,9% от числа женщин с ГБ), имелась прямая корреляционная связь между наличием ГБ и степенью ожирения (R = 0,49, p = 0,0013). Также выявлена прямая корреляционная связь между наличием ГБ и возрастом женщины (R = 0,48, p = 0,0002). Гестационная гипертензия развилась у 9 чел. (16%) на фоне ожирения I–II степени. Одним из осложнений беременности при ГСД является тяжелая преэклампсия, которая развилась у 15 женщин (26,7%), в т.ч. у 4 чел. (57,2%) с ожирением III степени, у 3 чел. (33,3%) с ожирением II степени, у 8 чел. (27,5%) с ожирение I степени. Во время беременности все женщины получали гипотензивную терапию. На ранних сроках беременности доза допегит 500–1000 мг/сут., после 30 недель у всех пациенток доза была увеличена до 1500–2000 мг/сут.

Наблюдаемые нами женщины с ГСД в 49 случаях (87,5%) велись на диете – уровень гликемии 5,0–7,0 ммоль/л. В 5 случаях (8,9%) получали инсулинотерапию (дозы подбирались в стационарных условиях) – уровень гликемии 5,0–8,9 ммоль/л. Чуть реже встречались заболевания мочевыделительной системы – 16 чел. (28,5%), где лидирующее место занимает хронический пиелонефрит – 14 чел. (25%), у 5 из них (38,4%) в сочетании с мочекаменной болезнью. В 2 случаях (3,5%) выявлен хронический гломерулонефрит (при беременности без обострения). При обследовании была выявлена бессимптомная бактериурия, требующая антибиотикотерапии в 8 случаях (14,2%). Чуть больше половины женщин имели гестационную анемию легкой степени – 30чел. (53,5%). В 8 случаях (14,2%) – у беременных с ГСД была сопутствующая патология щитовидной железы – субклинический гипотиреоз, всем женщинам была назначена гормонотерапия. Развитие ГСД на фоне болезни Бехтерева – 1 случай (1,8%), на фоне ВПС – ДМПП, состояние после радикальной коррекции в детстве и НРС по типу желудочковой экстрасистолии 4 градации по Лауну – 1 случай (1,8%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Каплан Ю.Д., Захаренкова Т.Н.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель

АКТУАЛЬНОСТЬ

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) – до сих пор является нерешенной проблемой акушерства. Бессимптомное течение данной патологии и ее поздняя диагностика не позволяют вовремя выявить проблему, что приводит к потере желанной беременности. Поиск новых методов ранней диагностики несостоятельности шейки матки является актуальной задачей. Особый интерес в решении данной проблемы представляют методы флуоресцентного анализа. Благодаря высокой чувствительности и хорошей воспроизводимости результатов, регистрация

автофлуоресценции биологических образцов стала использоваться для решения широкого круга задач в медицине. Спектр автофлуоресценции цервикальной слизи при возбуждении лазерным излучением с длиной волны 266 нм характеризуется одним максимумом в области длин волн 330–340 нм, соответствующих белковой флуоресценции, обусловленной преимущественно триптофаном.

ЦЕЛЬ

Оценить белковую автофлуоресценцию цервикальной слизи в норме и при ИЦН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалы и методы: Проведено проспективное исследование проб цервикальной слизи у 38 женщин на сроках гестации 16–28 недель. Все женщины были разделены на две группы: 1-я группа (n=16) женщины с диагностированной ИЦН, 2-я группа (n=22) женщины с состоятельной шейкой матки, по данным бимануального осмотра и трансвагинальной цервикометрии. Статистический данные представлены в виде медианы (Me), 25 и 75 перцентилей, статистически значимыми считались результаты при значении p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обе группы сопоставимы по срокам беременности Me 22,5 недель (20;24). Интенсивность флуоресценции увеличивается по мере увеличения срока гестации (тест ранговой корреляции Spearman r=0,42; p=0,007), что характерно для всех беременных (прямая статистически значимая корреляция средней силы). Возможно, данное состояние связано с увеличением концентрации прогестерона в цервикальном секрете. В 1-й группе интенсивность флуоресценции составила Me 487 (390; 614), во 2-й Me 390 (338; 471). Однако, при сравнении групп не установлено статистически значимых различий в интенсивности белковой фракции (критерий Манна-Уитни, p=0,052). Среди беременных с несостоятельностью шейки у 10 женщин (62,5%) ИЦН имела функциональную или сочетанную форму. В этой подгруппе интенсивность флуоресценции была ниже (критерий Манна-Уитни, p=0,002). Тенденция к снижению флуоресценции в исследуемой подгруппе обусловлена функциональной несостоятельностью шейки матки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, исследование интенсивности белковой автофлуоресценции цервикальной слизи шейки матки может стать основой для создания метода диагностики ИЦН и позволит дифференцировать функциональную и анатомическую несостоятельность.

ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И РОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой, г. Кемерово

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это заболевание, связанное с периферической резистентностью тканей к инсулину, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленное во время беременности, но не соответствующее критериям «манифестного» СД.

ЦЕЛЬ

Изучение гестационных осложнений и исходов родов у беременных с ГСД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 56 женщин с ГСД. Статистическая обработка материала проводилась методами непараметрической статистики в программной среде STATISTICA 6.0.

Возраст женщин составил от 19 до 41 года (30,1 ± 0,8). Первобеременными были 10 женщин (17,8%), повторнобеременными 46 (82,2%). Из всех обследованных 20 женщин (35,7%) проходили предгравидарную подготовку. Все пациентки наблюдались в ж/к по месту жительства

и в ж/к ОКПЦ акушером-гинекологом совместно с эндокринологом и терапевтом. Всем беременным проводилось общеклиническое обследование согласно отраслевым стандартам.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Беременность протекала на фоне соматической патологии: ожирение у 40 женщин (71,4%): I степень – 20 (35,7%), II – 12 (21,4%), III – 8 (14,3%), гипертоническая болезнь (ГБ) у 22 женщин (39,3%). При этом ГБ страдали преимущественно женщины с ожирением (20 женщин, 90,9% от числа женщин с ГБ), имелась прямая корреляционная связь между наличием ГБ и степенью ожирения (R = 0,49, p = 0,0013).

Беременность осложнилась угрозой выкидыша в сроке от 6 до 20 нед. у 16 женщин (28,5%). Одно из осложнений беременности при ГСД – тяжелая преэклампсия, развилась у 15 женщин (26,7%), в т.ч. у 4 чел. (57,2%) с ожирением III степени, у 3чел. (33,3%) с ожирением II степени, у 8 чел. (27,5%) с ожирением 1 степени.

Патология амниотической полости: мало и многоводие 15 сл. (26,7%), диабетическая фето и плацентопатия диагностирована у 18 пациенток (32,4%), в т.ч. крупный плод 12 (21,4%), ЗВУРП – 6 (10,7%). При анализе осложнений беременности по данным клинических и функциональных методов исследования, ФПН и ХГП выявлена у 36 пациенток (64,2%). Синдрома задержки развития плода (СЗРП) выявлен у 6 беременных (10,7%); крупный плод у 12 (21,4)%. Оценку функционального состояния плода проводили методом кардиотокографии (КТГ) начиная с 33 недель беременности, по шкале W. Fisher. Оценка 8–10 баллов по Fisher в 66% случаев, оценка 5–7 баллов – 34%. Всем беременным проведено ультразвуковое допплерометрическое исследование. У 15 пациенток (26,7%) выявлены нарушения маточно-плацентарного кровотока IA, II степени.

Всего закончили беременность родами 44 женщины, в 37случаях (84%) срочными родами, из них операцией кесарево сечение 12 родов (32,4%). Причиной оперативных родов в 3 сл.(25%) явилась тяжелая преэклампсия, в 4 сл. (33%) диабетическая фетопатия, крупный плод, ухудшение состояния плода, в 5 сл. (42%) рубец на матке. Всего родилось детей с массой более 4000 г – 10чел. (27%). В 7 случаях (15,9%) произошли преждевременные роды в сроке от 27 до 36 нед., из них операцией КС – 4 сл. (57%). Основной причиной КС при ПР явилось развитие тяжелой преэклампсии. Остаются под наблюдением 12 беременных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

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

Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой, г. Кемерово

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это заболевание, связанное с периферической резистентностью тканей к инсулину, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленное во время беременности, но не соответствующее критериям «манифестного» СД. ГСД развивается на фоне гормональных изменений во время беременности вместе с генетическими и экологическими факторами и выявляется у 3–10% беременных женщин в мире.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось изучение течения беременности при ГСД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 56 женщин с ГСД. Диагностика нарушений углеводного

обмена проводилась в 2 фазы – до 24 нед. и в сроке 24–28 нед. беременности, согласно клиническим протоколам. Наблюдаемые нами женщины с ГСД в 53 случаях (94,6%) велись на диете – уровень гликемии 5,1–7,0 ммоль/л. В 3 случаях (5,4%) получали инсулинотерапию, доза подбиралась в условиях стационара. Статистическая обработка материала проводилась методами непараметрической статистики в программной среде STATISTICA 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Так как ОКПЦ является областным учреждением, то большую часть составляют пациенты из сельской местности и малых городов северной и центральной части Кузбасса – 46 чел. (82,1%), из областного центра – 10 чел.(17,9%). Возраст осмотренных женщин составил от 19 до 41 года (30,1 ± 0,8 лет). В регистрированном браке состояли 47 человек (83,9%), у 9 женщин (16,1%) семейные отношения не сложились. Имели постоянную работу 34 беременных (60,7%), 22 женщины (39,3%) домохозяйки. Первобеременными были 10 женщин (17,8%), повторнобеременными 46 (82,2%). На всех повторнобеременных пришлись 41 роды, 29 м/а, и 19 самопроизвольных выкидышей в сроках до 12 нед. беременности. Только 10 пациенток (17,8%) имели в анамнезе от 1–2 родов. Из всех обследованных беременных 20 женщин (35,7%) проходили предгравидарную подготовку. Все пациентки наблюдались в ж/к по месту жительства и в ж/к ОКПЦ акушером-гинекологом совместно с эндокринологом и терапевтом. Всем беременным проводилось общеклиническое обследование согласно отраслевым стандартам.

Помимо ГСД, у 42 (75,0%) женщин имелась соматическая патология: ожирение у 40 женщин (71,4%): I степень – 20 (35,7%), II – 12 (21,4%), III – 8 (14,3%), гипертоническая болезнь (ГБ) у 22 женщин (39,3%). При этом ГБ страдали преимущественно женщины с ожирением (20 женщин, 90,9% от числа женщин с ГБ), имелась прямая корреляционная связь между наличием ГБ и степенью ожирения (R = 0,49, p = 0,0013). Также выявлена прямая корреляционная связь между наличием ГБ и возрастом женщины (R = 0,48, p = 0,0002), значимой зависимости между возрастом женщины и наличием либо степенью ожирения не было.

Одним из осложнений беременности при ГСД является тяжелая преэклампсия, которая развилась у 15 женщин (26,7%), в т.ч. у 4 чел. (57,2%) с ожирением III степени, у 3 чел. (33,3 %) с ожирением II степени, у 8 чел. (27,5%) с ожирение 1 степени.

Патология амниотической полости: мало и многоводие 15 сл. (26,7%), диабетическая фето- и плацентопатия диагностирована у 18 пациенток (32,4%), в т.ч. крупный плод 12 (21,4%), ЗВУРП – 6 (10,7%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

СТРУКТУРА ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ДОРОДОВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Каримова У.А., Атакуллаев Н.Б.

ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе

АКТУАЛЬНОСТЬ

На сегодняшний день сохраняется тенденция к расширению показаний к операции кесарево сечение, частота которого возрастает во всем мире. Кесарево сечение при дородовым разрыве плодных оболочек (ДРПО) производится в основном по экстренным показаниям со стороны матери и плода. Кроме того, выделяют показания во время беременности и в родах. Хотя ДРПО практически не встречается в виде единственного самостоятельного показания к операции в родах, но может сочетаться с рядом других показаний, таких как, затянувшиеся / обструктивные роды, отсутствие эффекта от родовозбуждения, острая гипоксия плода, выпадение петель

пуповины и т.д. В большинстве случаев такие операции экстренные и могут сопровождаться организационными затруднениями и недостатками. Это может стать причиной возможных осложнений как для плода, так и для матери.

ЦЕЛЬ

Изучение структуры показаний к операции кесарево сечение при ДРПО.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для изучения структуры показаний к операции кесарево сечение при ДРПО проведен ретроспективный анализ 83 историй родов женщин с дородовым разрывом плодных оболочек, родоразрешенных оперативным путём на базе родильного дома №3 города Душанбе за период с 1 января по 31 декабря 2010 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты проведенного исследования показали, что возраст пациенток колебался от 18 до 40 лет и составил в среднем 28,01±0,67 лет. Анализ паритета показал, что первородящих было 54 (65,1%), повторнородящих 18 (21,6%) и многорожавших 11 (13,3%). 56,6% женщин во время беременности переболели острой респираторной вирусной инфекцией. У 45,8% пациенток беременность протекала на фоне угрозы прерывания беременности (30,1%) и анемии (15,7%). Срок гестации в среднем составил 39,55±0,20 недель.

Наиболее частыми показаниями к абдоминальному родоразрешению были – затянувшиеся роды в 19,2% случаев, из них 12% пришлось на долю латентной и 7,2% на долю активной фазы. Анатомический и функциональный узкий таз отмечался у 18% женщин, из которых почти половина приходился на анатомический узкий таз (9,6%), и функциональный узкий таз (8,4%). Рубец на матке был показанием у 12% женщин, также у 12% пациенток был диагностирован крупный плод. Дистресс плода регистрирована у 10,8%, хориоамнионит наблюдался у 7,2% пациенток. У 8,4% пациенток выявлено косое и поперечное положение плода. Кесарево сечение в связи с наличием тазового предлежания плода выполнялось у 8,4% женщин. 6% пациенток были с тяжелой преэклампсией, умеренная преэклампсия была у 5,2% женщин, а гестационная гипертензия составила 4,2%. Отсутствие эффекта от родовозбуждения была у 4,8% женщин, также в 4,8% случаях отмечались неподготовленные родовые пути. Частичная отслойка нормально расположенной плаценты произошёл у 3,6% пациенток. Такие показания как эклампсия, полип цервикального канала, выпадение пуповины, предлежание плаценты и т.д. встречались в единичных случаях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты анализа показали, что почти у каждой пятой женщины с ДРПО затянувшиеся роды являются показанием к операции кесарево сечение. Также отмечается преобладание таких показаний как анатомический и функциональный узкий таз, рубец на матке, крупный плод и хориоамнионит.

АМПЛИТУДНО-ВРЕМЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КРИВОЙ ΔZ/T ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Карпов А.Ю., Ильин И.И., Бобрышева Е.П.

ГАУЗ ЯО «Клиническая больница №9», г. Ярославль

АКТУАЛЬНОСТЬ

Течение преэклампсии у беременных сопровождается развитием дисфункции миокарда и снижением насосной функции сердца. Импедансный метод весьма чувствителен к изменениям сердечного выброса. Совмещение кривой DZ/Dt с данными других методов исследования позволило определить на кривой точки, имеющие отношение к фазам сердечного цикла. Хорошая воспроизводимость кривой DZ/Dt у пациента дает возможность вычислять амплитудно-временные характеристики кривой в течение сердечного цикла, позволяя оценить систолическую и диастолическую функцию сердца, что можно использовать для ранней диагностики преэклампсии.

ЦЕЛЬ

Выявить особенности импедансных кардиографических измерений у беременных с преэклампсией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Импедансные кардиограммы получали с помощью электроимпедансного кардиографа «РА-5», используя дисковые ЭКГ электроды. Рассчитывали средние значения параметров за 4 последовательных сердечных цикла. Амплитудные значения измеряли относительно нулевой линии: максимальную систолическую амплитуду (А1), минимальную амплитуду в период изоволюметрического расслабления (А3) и максимальную амплитуду в период ранней диастолы (А2, быстрого диастолического наполнения). Временные значения измеряли относительно фонокардиограммы с определением характерных точек на кривой DZ/Dt: фаза изоволюметрического сокращения (Т1), период изгнания крови (Т2), период изоволюметрической релаксации (Т3+Т4), период быстрого наполнения кровью (Т5), период медленного наполнения кровью (Т6). Для проверки значимости различий использовали критерий Стьюдента и критерий Колмогорова-Смирнова. Для вычисления информативности показателей использована информационная мера S.Kulback (J). Исследования проведены у 195 беременных в сроке 29–34 недели. Контрольную группу составили 150 беременных с неосложненной беременностью. Основную группу образовали 45 беременных с тяжелой преэклампсией.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлены достоверные различия значений максимальной систолической амплитуды (А1) и амплитуды в период изоволюметрического расслабления (А3). Средняя амплитуда А1 составила 2,555±0,729 в контрольной группе и 1,336±0,481 в основной группе ($p<0,001$). Также выявлена достоверность различий средней амплитуды А3 в контрольной и основной группах, 0,963±0,374 и 0,379±0,166 соответственно ($p<0,001$). При оценке информативности амплитудных характеристик установлено, что амплитуды А1 и А3 высокоинформативны в диагностике преэклампсии (J=4,91). При анализе временных характеристик достоверные различия значений выявлены для времени изгнания (Т2) и длительности механической систолы (Т1+Т2). Но информативность временных характеристик для диагностики преэклампсии оказалось низкой. Длительность интервалов Т1+Т2 и Т6 зависит от частоты сердечных сокращений (r=-0.9). Длительность интервалов Т3, Т4 и Т5 не зависит от частоты сердечных сокращений (r=0,02), а имеет умеренную корреляцию со средним артериальным давлением (r=от 0,4 до 0,6).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокая информативность амплитудных характеристик импедансной кардиограммы позволяет применять их для построения диагностических таблиц, которые используются в раннем выявлении преэклампсии. Импедансная кардиография представляет собой метод выбора в функциональной диагностике состояния сердечно-сосудистой системы у беременных.

УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ С РАННЕЙ МАНИФЕСТАЦИЕЙ

Каткова Н.Ю., Покусаева К.Б., Безрукова И.М.

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород

АКТУАЛЬНОСТЬ

Прегравидарные и гестационные нарушения липидного обмена традиционно относятся к факторам риска гипертензивных расстройств при беременности. В свете последних взглядов на патогенез преэклампсии и ранней и поздней манифестацией, можно предположить, что в генезе именно поздних преэклампсий (ПЭ) должны лежать метаболические нарушения (ожирение, чрезмерное увеличение веса), тогда как ранняя связана преимущественно с неудовлетворительной трансформацией спиральных артерий в 1 триместре гестации. Однако вопрос о степени влияния ожирения, как и ассоциация между гестационным увеличением веса и риском развития преэклампсии недостаточно ясны.

ЦЕЛЬ

Определение разницы гестационного увеличения веса при различных вариантах преэклампсии и степени его возможного влияния на сроки ее манифестации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы провели ретроспективную оценку исходного индекса массы тела, гравидарный прирост мессы тела (до 20 недель, до 30 недель и между 20 и 30 неделями беременности) у 30 пациенток с преэклампсией. У 9 отмечалось раннее начало – до 34 недель (группа А) и у 21 – после 34 недель (группа Б). Средний срок манифестации клинический проявлений ПЭ в группе А составил 31,0, в группе Б – 38,0 недель, а сроки родоразрешения – 33,6 и 39,0 недель. У всех женщин с ранней ПЭ она протекала в тяжелой форме, при поздней манифестации у 8 (38,1%) тяжелой и у 13 (61,9%) – среднетяжелой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе А было 2 пациентки с ожирением, 6 – с избытком веса, 1 – с нормальным прегравидарным индексом массы тела (ИМТ). В группе Б – 4, 8 и 9, соответственно. Средний возраст беременных (33,6±5,0 и 31,1±6,8 лет, соответственно в группе А и Б), исходный индекс массы тела (29,2±5,8 и 27,2±6,8 кг, соответственно) не имели принципиальных различий. Средние прибавки веса в группах А и Б составили соответственно: до 20 недель – 4,5±1,2 и 4,0±1,1 кг ($p>0,05$), до 30 недель 9,2±2,6 и 6,4±1,7 кг ($p=0,000$), между 20 и 30 неделями – 4,7±1,1 и 2,3±1,0 кг ($p=0,000$). Учитывая, что исходно большинство пациенток имело избыточную массу и ожирение такие прибавки массы можно расценивать как чрезмерные. Отсутствие достоверных различий до 20 недель может объясняться недоучетом истинного прироста веса в 1 триместре в связи с первым взвешиванием в 9–10 недель (при постановке на учет). Разницу в увеличении массы тела нельзя объяснить наличием отеков, так как до 30 недель они практически не регистрировались, а после 30 недель были отмечены как в группе А (5–55,6%), так и группе Б (11–52,4%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вопреки ожиданиям, ПЭ с ранней манифестацией клинических проявлений сопровождается более значимым увеличением веса, отражающим, вероятно, нарушение липидного обмена с накоплением избыточной жировой массы. Полученные данные требуют проведения дополнительных исследований для уточнения роли метаболических нарушений в генезе ПЭ.

ЗНАЧЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОЦЕНКИ ДЛИНЫ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВОЗМОЖНОСТИ ВАГИНАЛЬНЫХ РОДОВ

Классен А.А., Шкурина Т.И., Веккер И.Р.

г. Оренбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Кесарево сечение в настоящее время является наиболее распространенной родоразрешающей операцией в России и мире. Частота кесарева сечения имеет тенденцию к росту во всем мире, что создает проблему ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке. Материнская заболеваемость при повторной операции в 3–4 раза выше, чем при родах через естественные родовые пути. Частота интраоперационных осложнений при повторной операции кесарева сечения составляет 20,5%. Альтернативой снижения числа повторных кесаревых сечений, являются вагинальные роды.

ЦЕЛЬ

Определить возможность прогнозирования вагинальных родов у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения, при использовании динамической ультразвуковой оценки длины шейки матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективное когортное исследование, выполненное на базе ГБУЗ «ОКПЦ» в период с апреля 2014 года по май 2016 года. В исследование были включены 70 беременных со сроком беременности 35–40 недель с рубцом на матке после кесарева сечения. Критериями отбора беременных с рубцом на матке для родоразрешения через естественные родовые пути явилось: одноплодная беременность, головное предлежание, наличие рубца на матке в нижнем сегменте поперечным разрезом, благоприятное течение послеоперационного периода. Из исследования были исключены женщины с рубцом на матке после корпорального кесарева сечения, рубцом после двух операций и более, небольшой срок (до 2 лет) со времени образования рубца на матке до наступления данной беременности, расположение плаценты в области рубца на матке. Всем беременным проводился ультразвуковой мониторинг шейки матки в сроках беременность 35–36 недель, 37–38 недель, 39–40 недель. Полученные показатели обрабатывались с использованием статистической программы «Exe1».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Беременные были разделены на две группы. Группа А (n=35), беременные у которых длина шейки матки при измерении ультразвуковым датчиком, в сроке 35–40 недель, укорачивалась и группа В (n=35) у которых длина шейки матки достоверно не изменялась со сроком беременности. Средний возраст женщин достоверно не отличался в обеих группах и составил 30,4±2,1 и 32,4±3,1 соответственно. Наиболее частыми показаниями к предыдущему кесареву сечению явились в группе А отслойка нормально расположенной плаценты, клинически узкий таз; в группе В слабость родовой деятельности, преждевременное излитие вод при «незрелой» шейки матки. При этом в группе А частота самостоятельных родов составила 77%, в 13% роды завершились операцией кесарево сечения, показаниями к оперативному родоразрешению были дистресс плода в родах, вторичная слабость родовой деятельности. В группе В лишь 8% самостоятельных родов. В 27% плановых кесаревых сечений в данной группе было «незрелая» шейка матки в сочетании с рубцом на матке в доношенном сроке беременности. Частота интраоперационных осложнений (кровотечение, неполноценность рубца) в группе А встречалась в 3%, в группе В частота интраоперационных осложнений (кровотечение, неполноценность рубца на матке) встречалась в 15%. Вес новорожденных, оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минуте в группах достоверно не отличался.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Динамическая оценка длины шейки матки вагинальным датчиком позволяет прогнозировать возможность самостоятельных родов у женщин с рубцом на матке. Данная методика может иметь существенное практическое значение для оптимизации сроков дородовой госпитализации беременных с кесаревым сечением в анамнезе.

ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ИМ. В.Ф. СНЕГИРЕВА ПЕРВОГО МГМУ ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА И ГЕМБАНКА ПО СБОРУ ПУПОВИННОЙ КРОВИ (ПК) ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК (СК)

Ковалев М.И., Приходько А.В., Исаев А.А., Потапов И.В., Ковалева А.М.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

До настоящего времени остается актуальной проблема разработки новых способов лечения ряда тяжелых и неизлечимых заболеваний (ДЦП, диабет, цирроз и др.). В 1988 Глюкман провела первую успешную трансплантацию СК ПК пациенту, больному анемией Фанкони и доказала, что применение ПК эффективно и безопасно. Гемопоэтические стволовые клетки (ГСК) ПК широко применяют в трансплантологии. В 2003 журнал Академии Наук США (PNAS USA) опубликовал статью о том, что через 15 лет хранения в жидком

азоте СК ПК сохраняют свои биологические свойства. СК можно хранить неограниченное время. Мировая коллекция СК составляет более 3 млн образцов. В мире произведены десятки тысяч трансплантаций СК ПК. В 2012 из СК получены яйцеклетки. После их оплодотворения получено здоровое потомство у лабораторных мышей. Международный Регистр СК в Европе и США насчитывает >13 млн. доноров. ГСК ПК применяют при лечении более 80 серьезных заболеваний (лейкозы, болезни крови и иммунной системы и др). Изучают использование клеток ПК в регенеративной медицине – лечения ДЦП, б. Альцгеймера, диабета, инсульта, нейротравм, заболеваний сердца, печени, мышечной дистрофии, б. Паркинсона. Лечение СК эффективнее традиционных методов. Разработка новых технологий использования в акушерстве, гинекологии, перинатологии и педиатрии СК является актуальной и перспективной проблемой.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось обобщение опыта работы по сбору, хранению и использованию ПК на базах кафедры акушерства и гинекологии №1 Первого МГМУ (клиника им. В.Ф. Снегирева, РД 4 и 17 г. Москвы) в сотрудничестве с Гемабанком.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты сбора ПК на базах кафедры за 12 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На хранении в Гемабанке находится более 25000 образцов. Количество востребованных образцов – 21 (1:1190). Это соответствует мировым показателям. В 2015 г. в ViaCord (США, крупнейший в мире банк СК) этот показатель составил 301 (1:1160), в крупнейшем европейском банке VITA34 показатель составил 30 (1:4800). Отмечена высокая скорость и стабильность доставки материала. По Москве время доставки материала в лабораторию составило до 9–10 ч., по ЦФО – до 18 ч., из отдаленных регионов (ДФО) – не более 33 ч. Быстрая доставка обеспечивает высокое качество материала. Качественные показатели продемонстрировали высокую стабильность всех важных параметров. Клеточность составила 0,82–0,9х109 клеток, жизнеспособность 90–94%, количество CD34 + 1,5–2,4 млн клеток. СК из Гемабанка использовали в клинической практике. Хорошие результаты получены при лечении тяжелейших заболеваний. Анемия Фанкони (2014, 9 лет, Аллогенная родственная, ПК + КМ (сестра), РДКБ (Москва) – ремиссия). Ювенильный миелолейкоз (2012, 3 года, Аллогенная родственная, ПК + КМ (сестра), РДКБ (Москва) – ремиссия). Нейробластома 4 стадии (2005, 5 лет, аллогенная родственная, ПК (брат) + кровь (отец), РОНЦ (Москва) – ремиссия). Болезнь Швахмана-Даймонда. (2015, 5 лет, Аллогенная родственная, ПК + КМ (брат), НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии (С-Пб)). Выдано 16 образцов ПК для лечения ДЦП. 10 образцов выдано для родственной аллогенной, 3 – для аутологичной (РФ, США, Корея). 3 – для аллогенной неродственной трансплантации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сбор ПК для получения СК является актуальной, перспективной, многообещающей современной медицинской технологией, которая позволит оказывать помощь при тяжелых заболеваниях. Разрабатываемые технологии с использованием ГСК ПК позволяют оказывать эффективную помощь в тех ситуациях, когда традиционные средства неэффективны.

ОПЫТ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ ГРУППЫ ПО СОПРОВОЖДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ФГБУ «СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ИМ. В.А. АЛМАЗОВА»

Коконина Ю.А., Зазерская И.Е., Ли О.А., Ильин А.Б., Якубов А.В., Моисеева О.М., Иртюга О.Б., Баутин А.Е.

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский центр им.В.А. Алмазова», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) считается одним из наиболее тяжелых вариантов сопутствующей патологии у беременных женщин. Ввиду малой распространенности ЛАГ у беременных остаются открытыми вопросы определения сроков и метода родоразрешения, выбора метода анестезии и ключевых направлений терапии в раннем послеродовом периоде.

ЦЕЛЬ

Обобщить опыт оказания акушерской помощи беременным с сопутствующей ЛАГ в ФГБУ «СЗФМИЦ им.В.А. Алмазова».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 23 случаев родоразрешения у пациенток с сопутствующей ЛАГ с исходным значением систолического давления в легочной артерии (ДЛАсист) более 60 мм рт.ст.

РЕЗУЛЬТАТЫ

О тяжести состояния беременных при поступлении свидетельствуют показатель медианы ДЛАсист, равный 90 (82; 103) мм рт.ст. сатурация гемоглобина артериальной крови (SpO2) 90 (85; 95)% и тромбоцитопения со значением медианы 104,5 (82; 164) 103/мкл. После поступления в стационар пациентки еженедельно оценивались мультидисциплинарной группой специалистов и принималось решение о возможности пролонгирования беременности

Медиана срока родоразрешения составила 31,8 (28; 34) нед. Интраоперационный период и роды во всех наблюдениях протекали гладко. Однако в 18 (78,3%) из 23 наблюдений на 2–3 сутки после операции развилось ухудшение состояния с декомпенсацией ЛАГ. Отмечено три летальных исхода у пациенток с ЛАГ, ассоциированной с ВПС с синдромом Эйзенменгера.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Специализированная помощь беременным женщинам с сопутствующей ЛАГ должна оказываться в многопрофильных стационарах, с возможностью привлечения кардиологов и кардиоанестезиологов. У пациенток с тяжелой ЛАГ предпочтительно плановое родоразрешение путем операции кесарева сечения. Операции кесарева сечения следует выполнять с использованием эпидуральной анестезии. Критическим этапом следует считать ранний послеоперационный период.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Колесникова Е.В.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России, г. Краснодар

АКТУАЛЬНОСТЬ

По сравнению с объемом исследований адаптивного иммунитета при физиологической беременности (ФБ) и ее осложнениях, данных по оценке врожденного иммунитета недостаточно. В этой связи, комплексная оценка факторов врожденного иммунитета на поздних сроках ФБ и при различных вариантах течения хронической плацентарной недостаточности (хПН) представляет научный и практический интерес.

ЦЕЛЬ

Оптимизировать диф.диагностику различных вариантов течения хПН на поздних сроках беременности, а также выявить возможные прогностические маркеры хПН на основании изучения клеточных и гуморальных факторов иммунитета.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 300 беременных женщин, из них было отобрано 73 женщины с признаками хПН и 25 женщин с ФБ. Основная клиническая группа (гр.I) включала 73 беременных с признаками хПН, которые были распределены на четыре клинических подгруппы: 1 подгруппа – 38 беременных (52%) с лабораторно-инструментальными признаками хПН и отсутствием косвенных признаков внутриутробной

инфекции (ВУИ) и задержки роста плода; 2 подгруппа – 16 беременных (22%), сочетающих клинико-лабораторные и инструментальные признаки хПН и ВУИ (без задержки роста плода); 3 подгруппа – 11 (15%) беременных, имеющих клинико-лабораторные признаки хПН, осложненной задержкой роста плода (без ВУИ); 4 подгруппа – 8 (11%) беременных с клинико-лабораторными признаками хПН в сочетании с ВУИ и с задержкой роста плода. Группу сравнения (II группа) составили 25 женщин с ФБ благоприятного репродуктивного возраста (26,5±0,78 лет). В контрольную группу (III группа) вошли 20 практически здоровых небеременных женщин репродуктивного возраста (23,20±1,12 лет).

Исследование врожденного иммунитета на системном уровне (периферическая кровь) включало определение содержания натуральных киллеров (NK-клеток); оценку фагоцитарной функции нейтрофильных гранулоцитов (НГ) по числу активных фагоцитов (%ФАН, ФАН абс), их поглотительной (ФЧ, ФИ) и переваривающей (%П, ИП, ИППА) способности; исследование оксидазной биоцидности НГ в спонтанном и стимулированном NBT-тесте (%ФПК, СЦИ, КМ); определение концентрации цитокинов – ИЛ-1α, ИЛ-1β, РАИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-4, ИФНα, ИФНγ, а также компонентов комплемента – С3, С4, С5, С3а, С5а, С1-ингибитора.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При компенсированном варианте течения хПН (без ВУИ и задержки роста плода) отмечалось сохранение на уровне физиологической нормы беременных содержания CD11b(+)-, CD16(+)-НГ, активных фагоцитов, ИЛ1β, С5-, С5а-, С3а-компонента комплемента и С1-ингибитора. В группе с компенсированным вариантом течения хПН с ВУИ отмечено увеличение концентрации С3-КК (1,50±0,14 против 0,98±0,13 при ФБ) и максимально высокое содержание С5а-КК (33,10±4,39 против 13,58±2,07 при ФБ), а также увеличение концентрации ИЛ-1α. При хПН с задержкой роста плода отмечено увеличение концентрации ИЛ1β, а также наиболее выраженное снижение концентрации С3-КК (0,74±0,11) и С3а-КК (68,90±5,21), и максимальное увеличение содержание С1-ингибитора (196,00±14,15). При хПН с ВУИ в сочетании с задержкой роста плода отмечено выраженное снижение содержания ИЛ1β, ИЛ-6, ИФНα и максимальное возрастание содержания NK-лимфоцитов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявленные профили функционирования некоторых факторов врожденного иммунитета при различных вариантах течения хПН, позволяют уточнить их иммунопатогенетическую роль и установить диагностически значимые маркеры различных вариантов течения и степени компенсации хПН в поздние сроки беременности, что имеет практическое значение в рамках оптимизации диагностики ее поздних осложнений.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ПРЕДИАБЕТОМ

Комаров Е.К., Плужникова Т.А., Пакин В.С.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Распространенность гестационного сахарного диабета (ГСД) также, как и СД2 неуклонно растет во всем мире. В Европе распространенность ГСД в 2010 г. составила 20,7%, а к 2030 г. прогнозируется ее рост до 49,3%. Ведущим прогностическим фактором развития ГСД является наличие прегравидарной инсулинорезистентности.

ЦЕЛЬ

Задача работы состояла в характеристике состояния инсулинорезистентрости у женщин с предиабетом и в оценке эффективности применения диетотерапии или диетотерапии в сочетании с метформином на прегравидарном этапе на развитие акушерских и перинатальных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включена 61 пациентка, наблюдавшаяся в Центре профилактики и лечения невынашивания до 2014 г., с известным исходом наступившей после обследования и лечения беременности. Все пациентки были в возрасте 24–42 года. У 47 женщин наблюдались факторы риска ГСД: наследственная отягощенность по СД2 в 29,5%, ожирение I–II ст. в 41%, избыточная масса тела в 11,5%, артериальная гипертензия в 26,2% случаев. У 14 женщин с ИМТ 24+0,9 факторов риска ГСД не установлено, и они составили контрольную группу.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 14 женщин контрольной группы ПГТТ был нормальным. Из 47 женщин с предиабетом у 33 (Гр II) ПГТТ был нормальным, но показатели ИР достоверно превышали соответствующие показатели в контрольной группе. У 19 женщин проведена диетотерапия с исключением легкоусвояемых углеводов (Гр IIА), а у 9 женщин диетотерапия в сочетании с метформином 1500 мг/с. (Гр IIБ). У 12 женщин с предиабетом ПГТТ был нарушен (нарушенная толерантность к глюкозе – НТГ), а показатели ИР достоверно превышали показатели в контрольной группе. Этим пациенткам проведена диетотерапия в сочетании с метформином 1500 мг/с (Гр III). Продолжительность терапии метформином составила 3–6 мес. и была отменена при наступлении беременности. К моменту наступления беременности у лиц с ИР и нормальным ПГТТ независимо от проводимой терапии (Гр IIА и IIБ) снижение массы тела составляло от 2 до 7 кг, однако у трети пациентов сохранялась прежняя масса тела. У лиц с НТГ (ГР III) снижение массы тела было более существенным от 2 до 17 кг (в среднем на 5,0 + 0,3 кг) с изменением индекса массы тела от 30,0 + 1,6 до 24,1 + 1,4 к беременности. Частота основных осложнений беременности была сопоставимой в группах женщин с наличием и отсутствием ИР независимо от проводимой терапии. Развитие ГСД наблюдалось только у 4 из 33 лиц с наличием ИР (12,1%) и не отмечено в контрольной группе. В группах женщин с наличием ИР, получавших метформин, наблюдалась тенденция к снижению частоты кесарева сечения при нормальном ПГТТ (44,5%) и НТГ (33,3%) по сравнению с показателем в контрольной группе (58,3%). Известно, что применение метформина при беременности достоверно снижает частоту оперативного родоразрешения у женщин с СПЯ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, установлено, что определение индекса ИР не только натощак, но и через 2 часа после приема 75 г глюкозы является достоверным методом оценки нормальной чувствительности к инсулину и диагностики состояния инсулинорезистентности. Так, у лиц с нормальным показателем ИР1 натощак в 55,8% случаев повышен показатель ИР 2 через 2 часа после приема глюкозы и в 30% случаев наблюдалось рождение крупных детей. Полученные данные также показывают, что предотвращение развития макросомии у плодов пациенток с предиабетом может быть достигнуто применением метформина в сочетании с диетотерапией на прегравидарном этапе.

ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА КАК РОДОРАЗРЕШАЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ: ПОКАЗАНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Кормакова Т.Л., Уквальберг М.Е., Гришковец Д.О., Ипатова Т.И., Шаповалова Н.Н., Воликовская Е.Ю.

Петрозаводский государственный университет кафедра акушерства и гинекологии, дерматовенерологии, г. Петрозаводск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Вакуум-экстракция плода (ВЭП) – родоразрешающая операция, извлечение плода за головку за счёт создания отрицательного давления между головкой плода и внутренней поверхностью чашечки специального аппарата (вакуум-экстрактора). Частота ВЭП по данным литературы за последние годы в развитых странах составляет от 2,7% до 6,3% от общего числа родов (В.И. Краснопольский с соавт., 2012). Введение усовершенствованной формы чашечки, объединенной со значительно улучшенными

ее техническими характеристиками обеспечило большую безопасность данной манипуляции и улучшение перинатальных исходов.

ЦЕЛЬ

Целью работы явилось изучение показаний к операции вакуум-экстракции плода и перинатальные исходы после операции вакуум-экстракции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно были изучены 66 историй родов и историй развития новорожденных, извлеченных операцией вакуум-экстракции за 2014–2015 гг. в ГБУЗ «Родильный дом. им. К.А. Гуткина».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучение течения беременности в 45,5% случаев (30 чел.) выявило наличие анемии беременных, у 30,3% пациенток (20 чел.) беременность осложнили отеки, преждевременное излитие околоплодных вод отмечено у 25,6% исследуемых женщин (17 чел.). В одинаковом процентном соотношении, по 18,2% (12 чел.), встретились такие осложнения как угрожающие преждевременные роды и хроническая плацентарная недостаточность. У 66,7% женщин (44 чел.) регулярная родовая деятельность началась спонтанно, 28,8% (19 чел.) и 4,5% (3 чел.) пришлось на индуцированные и плановые оперативные роды соответственно. Из показаний к операции ВЭП прогрессирующая гипоксия плода отмечена у 54,5% рожениц (36 чел.), слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции выявлена в 25,6% случаев (17 чел.), в 19,7% случаев (13 чел.) вакуум-экстрактор применялся для выведения головки при кесаревом сечении. Все новорожденные родились за 2–3 тракции, в 3,0% случаев (2 чел.) отмечено однократное соскальзывание чашечки вакуум-экстрактора с последующим повторным ее наложением. У 21,2% рожениц (14 чел.) головка плода была фиксирована в плоскости входа в малый таз большим сегментом, у 42,4% женщин (28 чел.) – в полости малого таза, у 36,4% (24 чел.) – на тазовом дне. Большинство новорожденных родились в переднем виде затылочного предлежания – 75,8%(50 детей). Все дети родились живыми, в асфиксии умеренной степени – 42,4% новорожденных (28 чел.), к 5 минуте оценка по шкале Апгар составляла 8–10 баллов у 93,9% младенцев (62чел.), крупными родились 10,6% (7детей). У 56,1% новорожденных (37 чел.) при рождении отмечены кровоизлияния в кожу лица и волосистой части головы, у 28,8% младенцев (19 чел.) выявлены кефалогематомы небольших размеров, интравентрикулярные кровоизлияния 1 степени выявлены у 6,1% детей (4 чел.), аспирационный синдром у 3,0% (2 детей). 93,9% новорожденных (62 чел.) выписаны домой на 4–5 сутки, остальные переведены в отделение патологии новорожденных в связи с патологией, не ассоциированной с операцией вакуум-экстракции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, основными показаниями к операции ВЭП стали прогрессирующая гипоксия плода и вторичная слабость родовой деятельности. Наиболее частой патологией новорожденных в раннем неонатальном периоде стали кровоизлияние в кожу лица и волосистой части головы, кефалогематома небольших размеров. В связи с отсутствием тяжелых осложнений со стороны матери и плода операция вакуум-экстракции может быть рекомендована как метод родоразрешения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО II ТРИМЕСТРЕ

Корнилова Т.Ю., Завьялова Е.И., Безязычная М.А., Шабаева Л.В., Таджиева В.Д.

Ульяновский государственный университет, Институт медицины, экологии и физической культуры, кафедра акушерства и гинекологии. Городская клиническая больница №1, гинекологическое отделение, г. Ульяновск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Учитывая тот факт, что в мире на сегодняшний день ежегодно проводится от 20 до 30 миллионов искусственных абортов, причем 15–18% из них приходится на прерывание поздней (с 14

до 22 нед.) беременности, легко видеть, насколько серьезна проблема – прерывание беременности во II триместре по медицинским показаниям.

ЦЕЛЬ

Изучение эффективности хирургических и терапевтических методов прерывания беременности во II триместре; оценка роли антипрогестерона (мифепристона) в подготовке шейки матки перед проведением трансцервикального амниоцентеза и амниоифузии гиперосмолярных растворов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В гинекологическом отделении находилось 44 женщины во II триместре беременности, направленные перинатальным консилиумом для прерывания беременности по медицинским показаниям. Беременные составили три клинических группы: 1) в первую клиническую группу вошли 10 пациенток, у которых беременность завершилась поздним абортом под воздействием антипрогестерона (мифепристона) в комбинации с простагландинами (мизопростол); 2) вторую клиническую группу составили 24 женщины, у которых беременность была прервана с помощью интравагинального амниоцентеза и амниоинфузии 10% раствора хлорида натрия, причем у 14 беременных в течение 24 часов с момента поступления шейка матки готовилась к прерыванию беременности с помощью антипрогестерона (мифепристон 100мг перорально); 3) третья группа наблюдения объединила 10 беременных с рубцом на матке после предыдущего кесарева сечения, которым беременность была прервана с помощью малого кесарева сечения (гистеротомия). Прерывание беременности проводилось у женщин на сроке, считая с первого дня последней менструации: 19–20 нед. – 45%, 20–21 нед. – 36% и 21–22 нед. – 19% случаев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1 группе наблюдения продолжительность индуцированного аборта составила в среднем 10 часов 35 минут.

Во 2 группе наблюдения у 14 беременных, получивших при поступлении 100 мг мифепристона для подготовки шейки матки к интерцервикальному амниоцентезу, продолжительность аборта составила 8 часов 30 минут. У 10 беременных, которым амниоцентез и амниоинфузия гиперосмолярного раствора были проведены сразу в день поступления без комбинации с антипрогестероном, продолжительность аборта составила 22 часа 30 минут.

В 3 группе наблюдения продолжительность операции составила в среднем 57 минут, а величина общей кровопотери – 500 мл.

Потеря крови в 1 группе составила физиологически допустимую норму – 230 мл. Во 2 группе у женщин, получавших мифепристон, кровопотеря составила 220 мл, а в остальных случаях – 280 мл.

Осложнений, связанных с индуцированным прерыванием беременности на поздних сроках, ни в одной группе исследования не зафиксировано. Выписка после гистеротомии осуществлялась на 6 сутки, а в 1 и 2 клинический группах – на 3–4 после аборта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного клинического исследования позволяют сделать вывод о том, что прерывание беременности в поздние сроки, по медицинским показаниям, с помощью мифепристона в комбинации с мизопростолом, является простым и достаточно эффективным способом искусственного прерывания беременности. Данный метод необходимо использовать для прерывания беременности по медицинским показания у женщин с рубцом на матке. Использование мифепристона для подготовки шейки матки к интрацервикальному амниоцентезу также имеет большие преимущества, по сравнению с «классическим» методом амниоцентеза и амниоинфузии гипертонических растворов.

ЗНАЧЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ БЕРЕМЕННОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Корнилова Т.Ю., Селезнева Н.П., Баженова А.А., Минсадыкова З.К., Хохлова К.М.

Ульяновский государственный университет, Институт медицины, экологии и физической культуры, кафедра акушерства и гинекологии. Городская клиническая больница №1, отделение патологии беременных, г. Ульяновск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Уникальность развития осложнений в период гестации состоит в том, что в качестве основного повреждающего фактора выступает физиологическое состояние беременности с развитием, жизнедеятельностью плодного яйца и обусловленной этим перестройкой обменных процессов, гормонального фона и других факторов. В ответ на беременность в организме женщины происходят физиологические адаптационные перестройки в связи с повышенной нагрузкой на ряд органов и систем. Преэклампсия (ПЭ) – классическая модель срыва физиологических адаптационных перестроек под влиянием одного или нескольких патологических факторов. Ведущая роль в патогенезе ПЭ принадлежит нарушению формирования морфологии и функции плаценты. Структурные изменения, происходящие в сосудах, лежат в основе формирования плацентарной недостаточности.

ЦЕЛЬ

Оценить влияние прегравидарной подготовки и гормональной поддержки беременности в I триместре на частоту развития тяжелой ПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено клинико-лабораторное обследование, лечение и родоразрешение 72 беременных. Основную группу исследования составили 60 беременных, получавших в качестве прегравидарной подготовки к беременности в течение 3 месяцев дидрогестерон по 10 мг 2 раза в сутки и продолжавшие прием данного препарата в той же дозировке до 20 недель беременности. В группу сравнения были включены 12 пациенток, не получавшие гестагены до беременности и в I половине ее течения.

Риск развития ПЭ в основной группе был высоким в 100% случаев, т.к. у 90% беременных выявлена значимая экстрагенитальная патология (ЭП). В ее структуре преобладали хроническая артериальная гипертензии I–II ст. (34%) и ожирение II ст. (34%).

В группе сравнения только в 17% случаев был выявлен низкий риск развития ПЭ, т.к. 83% женщин были первобеременными и 100% – первородящими, 17% из них страдали ожирением I ст. Показаниями для прегравидарной подготовки и гормональной поддержки беременности в основной группе в 60% случаев послужила ЭП, в 40% – отягощенный акушерский анамнез.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота развития ПЭ в основной группе составила 13% случаев, но тяжелая форма ПЭ диагностирована только в 3% из них. В группе сравнения тяжелая форма ПЭ развилась у 100% беременных. Все пациентки группы сравнения были родоразрешены на сроке беременности 33–34 нед. путем операции кесарева сечения, основное показание – тяжелая форма ПЭ. В основной группе преждевременные индуцированные роды завершили беременность на сроке 32–33 нед в 13% случаев, основным показанием в 10% случаев был дистресс плода. Оперативное родоразрешение в основной группе составило 10%.

Внутриутробная задержка развития плода (ВЗРП) I ст. была выявлена у 23% новорожденных основной группы, в группе сравнения – у 20%. ВЗРП II и IIIст. обнаружена только у новорожденных группы сравнения в 50% случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, можно сделать вывод, что выделение пациентов группы риска по развитию тяжелой преэклампсии, прегравидарная подготовка, адекватная нутритивная коррекция гормонального ответа в ранние сроки беременности, своевременная диагностика и патогенетическая терапия являются перспективным направлением

в профилактике заболевания. Назначать гестагены целесообразно на ранних сроках беременности и продолжать терапию до 20 недель, т.к. в случаях неполноценно завершившейся плацентации улучшить прогноз беременности сложно.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Коротких И.Н., Самодай В.Н., Бабкина М.С.

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Воронеж

АКТУАЛЬНОСТЬ

Абдоминальное родоразрешение является актуальной проблемой в современном акушерстве, что связано с высокой частотой этих операций. Частота кесарева сечения при преждевременных родах в 2 раза выше, чем при своевременных родах. Важной частью восстановительного лечения в послеоперационном периоде является антибактериальная профилактика. Однако на практике нередко антибиотикопрофилактика переходит в антибиотикотерапию. Данное обстоятельство, несомненно, усиливает медикаментозную нагрузку на организм родильницы, что осложняет становление лактации и, к сожалению, не всегда обеспечивает неосложненное течение послеоперационного периода. Учитывая тот факт, что для гармоничного нервно-психического и физического развития недоношенного новорожденного крайне необходимо адекватное обеспечение его грудным нативным молоком согласно физиологическим потребностям, вопрос о поиске простых и эффективных способов снижения медикаментозной нагрузки на организм женщины после преждевременных оперативных родов стоит наиболее остро.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилась оценка эффективности применения магнито-лазерной терапии в профилактике послеродового эндометрита после преждевременного абдоминального родоразрешения у пациенток с невысоким риском развития гнойно-септических осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Все больные были разделены на 2 группы: основную группу составили 40 родильниц, которые наряду со стандартной антибиотикопрофилактикой (однократное интраоперационное внутривенное введение антибактериальных препаратов широкого спектра действия) со вторых суток послеоперационного периода получали магнито-лазерную терапию, во 2-ю (контрольную) группу были включены 30 родильниц после кесарева сечения, которым проводили только традиционную антибактериальную профилактику.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты исследования показали, что при использовании магнито-лазерной терапии значительно уменьшается вероятность развития субинволюции матки. Ее частота в первой группе родильниц составила 15%, во второй – 36%.

Применение магнито-лазерной терапии значительно улучшает клиническое течение послеоперационного периода, сокращает сроки нормализации клинико-лабораторных показателей, снижает частоту развития послеродового эндометрита и, как следствие, сокращает случаи необходимости продления применения антибактериальных препаратов, что уменьшает медикаментозную нагрузку на организм женщины. Данный факт объясняет сокращение сроков пребывания родильниц в акушерском стационаре при использовании физиотерапевтического лечения наряду с медикаментозной терапией. В основной группе пациенток сроки пребывания составили 5,4 дня, в контрольной – 7,1 дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, магнито-лазерная терапия является безопасным и эффективным методом профилактики гнойно-септических осложнений

в комплексе с стандартной антибиотикопрофилактикой у родильниц после оперативного преждевременного родоразрешения.

Таким образом, с целью профилактики развития гнойно-септических осложнений у родильниц после абдоминального родоразрешения необходимо максимально рано – на 2-е сутки послеоперационного периода назначать магнито-лазерную терапию.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОСТУПЛЕНИЯ В ОБЛАСТНУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ БОЛЬНИЦУ ЖЕНЩИН С ОСЛОЖНЕНИЯМИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Кох Л.И., Балакшина Н.Г

ГБОУ ВПО «СибГМУ» Минздрава России, г. Томск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота послеродовых осложнений, в том числе инфекционных, не имеет тенденцию к снижению. После кесарева сечения (КС) инфекция в 10 раз выше, чем после влагалищных родов.

ЦЕЛЬ

Выявить частоту осложнений после самопроизвольных родов и после КС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 2015 год в отделение реанимации ОКБ поступило 61 женщина после родов с различными осложнениями. Из родильных домов города, перинатального центра поступило 51 пациентка, из родильных домов районов – 10. Время поступления после родов составило 1–15 суток, в том числе и уже выписавшихся домой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Большинство из них – 44 имели осложнения воспалительного характера, 17 – гематомы и кровотечения. Из воспалительных заболеваний превалировал послеродовый эндометрит: после самопроизвольных родов 22, после кесарева сечения 24. Осложненные варианты эндометритов наблюдались у 8, из них после самопроизвольных родов у 2-х, после КС у 6. Наиболее тяжелые осложнения были после КС: абсцессы в брюшной полости, в дугласовом пространстве, панметрит, серозный и гнойный перитонит, сепсис, полиорганная недостаточность (25%). По данным литературы наиболее тяжелые осложнения, угрожаемые для жизни встречаются в 1%. Всем проведено консервативное лечение, в 3-х случаях потребовалось оперативное лечение-экстирпация матки с маточными трубами. Все выписаны в удовлетворительном состоянии.

С кровотечением и гематомами поступило 17 пациенток, из них с кровотечением после самопроизвольных родов 1, с гематомами после КС 14. Локализация гематом: надапоневротические, подапоневротические. В 2-х случаях имело место нагноение гематом. Обратило внимание, что 8 из 17 гематом были у пациенток, поступивших из районов. У 7 пациенток кровотечение было во время операции КС (по поводу отслойки нормально расположенной плаценты 5, у 2-х – при других показаниях к операции). Кровопотеря составляла от 1300 до 3000 мл крови. Все пациентки поправились и были выписаны домой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, основная причина поступления пациенток после родов в ОКБ это септические осложнения и кровотечения.

Проведенный анализ указывает на необходимость более тщательной подготовки к операции и родам с соблюдением всех требований по санитарной гигиене, четкое соблюдение техники операции и проведение профилактических мероприятий по возможным осложнениям.

ДИАГНОСТИКА РЕЗУС-ФАКТОРА ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ КРОВЬЮ

Кравченко Е.Н., Ожерельева М.А.

ОмГМУ, г. Омск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одно из активно развивающихся направлений в акушерстве – это неинвазивное генетическое определение резус-фактора плода у женщин с отрицательной принадлежностью крови. В то же время преемственность результатов исследований неинвазивной пренатальной диагностики и клинической практикой до сих пор довольно ограничена.

ЦЕЛЬ

Определение аналитических возможностей методики неинвазивного определения резус-фактора плода по крови беременной женщины с использованием наборов реагентов с использованием набора реагентов «Тест-RHD плюс» (Россия), АмплиПрайм ДНК-сорб-Б (Россия), Rotor-Gene6000 (Австралия).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 46 беременных с резус-отрицательной кровью. Для получения плазмы кровь (не менее 8 мл) отбиралась в пробирку с EDTA-антикоагулянтом, последующее отделение плазмы проводилось в течение 3 часов с момента взятия крови. На основе полученных данных рассчитаны аналитические возможности методики. Все реакции сопровождались постановкой отрицательного и положительного контроля. Результат ПЦР-исследования считался достоверным, при получении совпадения данных для отрицательных и положительных контролей амплификации. Полученные результаты подтверждались серологическим методом исследования крови новорожденного после родоразрешения обследуемой. Проанализированы аналитические характеристики методики: диагностическая точность, чувствительность, специфичность, положительная прогностическая ценность, отрицательная прогностическая ценность. По результатам ДНК-анализа 46 образцов крови установлено, что положительный резус-фактор был выявлен в 71,7% (33 образца) наблюдений, резус-фактор плода был отрицательным – в 28,3% (13 образцов). Данные результаты были подтверждены серологическим методом исследования резус-фактора у новорожденных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Диагностическая точность составила 97,82%, чувствительность – 100%, специфичность – 92,85%, прогностическая ценность положительного результата – 96,96%, прогностическая ценность отрицательного результата – 100%. Для правильного определения резус-фактора плода по крови беременной женщины необходимо соблюдение следующих условий: проведение исследования в срок беременности с 10 недель; правильное обращение с плазмой и ее транспортировка; выделение ДНК в максимально быстрые сроки; выделение ДНК с использованием надёжной технологии; организация работы в ПЦР-лаборатории согласно действующим национальным нормам; чёткое следование инструкции

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При четком соблюдении условий проведения исследования методика неинвазивного определения резус-фактора плода по крови беременной женщины с использованием вышеупомянутого набора реагентов может быть рекомендована к применению в рутинной лабораторной практике.

ПОЗДНИЙ АБОРТ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ПЛОДА, НЕСОВМЕСТИМЫХ С ЖИЗНЬЮ

Кравченко Е.Н., Коломбет Е.В.

ОмГМУ, г. Омск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Большое значение в проблеме поздних абортов имеет усовершенствование методов диагностики врожденных пороков развития (ВПР) плода,

несовместимых с жизнью, влекущее за собой увеличение количества прерываний беременности во II триместре и, следовательно, требующее более совершенной методики аборта для уменьшения количества гинекологических осложнений и репродуктивных потерь в будущем.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность и преимущества современных методов прерывания беременности в поздние сроки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 195 женщин с прерыванием беременности до 22 недель по медицинским показаниям. I группа – 98 женщин, которым проведен комбинированный метод: мифепристон в дозе 200 мг однократно внутрь. Через 24 ч. вводились ламинарии в цервикальный канал. Если элиминация плода не происходила, через 3–4 ч. назначался мизопростол 200–400 мкг. II группа – 97 женщин, прерывание беременности проводилось по схеме ВОЗ: мифепристон 200 мг орально, мизопростол 800 мкг вагинально или 400 мкг внутрь через 36–48 часов и далее по 400 мкг вагинально

РЕЗУЛЬТАТЫ

Эффективность применяемых методов составила 99,0% в основной группе и 96,9% – в группе сравнения. Преимуществами комбинированного метода была меньшая продолжительность времени от начала применения метода до сократительной деятельности матки в I группе, чем во II. Продолжительность индукции до 3 ч. у беременных I группы была зафиксирована в 12,2% наблюдений, во II группе – в 1,0%. Меньшие дозы мифепристона (в 3 раза) и мизопростола (в 2 раза) привели к снижению нежелательных явлений (в 4,2 раза) в I группе, чем во II группе. В I группе был меньше выражен болевой синдром (в 2 раза). С уменьшением продолжительности времени от начала применения метода до индукции позднего индуцированного выкидыша в обеих группах наблюдалось снижение числа осложнений. Всего в I группе осложнения позднего аборта наблюдались в 3,3 раза реже, чем во II группе (p=0,001).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эффективность применяемых методов прерывания в поздние сроки беременности в основной группе и группе сравнения была одинаковой и составила 99%. Преимуществами метода подготовки шейки матки в сочетании с ламинариями была меньшая продолжительность времени от начала применения метода до начала сократительной деятельности матки в I группе, чем в группе с использованием лишь медикаментозных средств, что связано с механическим воздействием ламинариев на шейку матки. Продолжительность индукции до 3 часов у беременных основной группы была зафиксирована в 12,2% наблюдений. Меньшая доза мифепристона (в 3 раза) и меньшая доза мизопростола (в 2 раза) привела к снижению нежелательных явлений (в 4,2 раза) в основной группе, чем в группе сравнения. В основной группе был меньше выражен болевой синдром, при этом реже применялись препараты для обезболивания.

РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Кравченко С.С., Захаренкова Т.Н.

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

АКТУАЛЬНОСТЬ

Согласно результатам множества исследований, папилломавирусная инфекция (ПВИ) является самой распространенной инфекцией, имеющей половой путь передачи. В последнее время активно обсуждается негативное влияние вируса папилломы человека (ВПЧ) на течение беременности и родов, которое по данным разных авторов, чаще проявляется развитием самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, нарушений функции плаценты и даже преэклампсии.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилась оценка роли различных генотипов и нагрузки ВПЧ, а также формы ПВИ в развитии патологии беременности и родов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследовано 132 пациентки, проживающие в Гомельской области с верифицированной во время настоящей беременности ПВИ гениталий. Группу сравнения составили беременные и родильницы Гомельской области за период с 2011 по 2012 гг. (30087 беременностей, 33477 родов). Материалом для молекулярно-генетического исследования явились соскобы поверхностного слоя эпителия шейки матки, взятые во II и III триместрах беременности. Верификацию высоко- и низкоонкогенных генотипов, определения вирусной нагрузки ВПЧ проводили методом полимеразной цепной реакции с использованием тест-систем «АмплиСенс® ВПЧ ВКР генотип-FL», «АмплиСенс® ВПЧ 6,11-FL» (ДНК ВПЧ 6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58, 59, 66 типов), «АмплиСенс® ВПЧ ВКР титр-скрин-FL» (РФ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Угроза невынашивания беременности у пациенток основной группы встречалась в 44,7% случаев, что было статистически значимо чаще, чем в группе сравнения (31,9%) (ОШ 1,73; 95% ДИ 1,23–2,43; p=0,0016). Гестационная гипертензия и преэклампсия у пациенток основной группы наблюдалась в 1,7 раза чаще, чем в группе сравнения, однако статистической значимой разницы выявлено не было (ОШ 1,66; 95% ДИ 1,02–2,81; p=0,07). Частота других осложнений беременности и родов была сопоставима в обеих группах. Оценка влияния клинической формы генитальной ПВИ на течение беременности и родов показала отсутствие статистически значимых различий у пациенток с дисплазиями средней и тяжелой степени в сравнении с пациентками с более легкими проявлениями ВПЧ-инфекции. Анализ значения количества вируса папилломы выявил, что у пациенток с высоким уровнем нагрузки ВПЧ в 3 раза чаще роды осложнялись травмами мягких тканей родовых путей (ОШ=3,18; 95% ДИ 1,24–8,98; p=0,029). Однако, методом логистического регрессионного анализа не установлено влияние персистенции отдельных генотипов в развитии угрозы невынашивания, гипертензивных расстройств у беременных, а также травм родовых путей (p>0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Значимо более высокий риск невынашивания беременности (p=0,0016) и травматизма мягких тканей в родах (p=0,029) у пациенток с ПВИ, частота которых не зависит от генотипа и клинических проявлений, доказывает целесообразность обследования женщин репродуктивного возраста на носительство ВПЧ с целью прогнозирования развития осложнений беременности и родов, особенно в группах риска, а терапия и профилактика ПВИ в предгравидарный период позволит снизить частоту данных осложнений.

ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РОСТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ХОРИОНЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МАКРОСОМИЕЙ ПЛОДА

Крукиер И.И., Шкурат Т.П., Авруцкая В.В., Гончарова А.С., Дегтярева А.С.

ФГБУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Использование многочисленных методов исследования (биохимических, ультразвуковых, цитологических, биофизических и иммунологических) позволяет своевременно определять степень зрелости плода, наличие разнообразных хромосомных патологий, резус-изоиммунизацию, т.е. проводить пренатальную диагностику внутриутробного состояния плода.

Большое значение в этом вопросе имеет изучение роли факторов роста и дифференцировки клеток в развитии одного из осложнений беременности, каковым является макросомия плода. Известно, что факторы роста прямо или косвенно могут влиять на увеличение массы тела.

В настоящее время диагностика макросомии плода вызывает определенные трудности.

Разработка новых методов ранней диагностики данной патологии создает предпосылки для профилактики и терапии на ранних этапах её возникновения.

В последние годы отмечается значительно возросший интерес к изучению роли факторов роста и дифференцировки клеток в регуляции гестационных процессов. Особое внимание уделяется изучению плацентарного фактора роста (PlGF) и фактора роста и дифференцировки 15 (GDF-15) в динамике как физиологически протекающей беременности, так и осложненной гестации.

ЦЕЛЬ

Целью исследования стало изучение факторов роста и дифференцировки клеток и их оценка в качестве биомаркеров осложненной гестации (макросомии плода).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом исследования явились сыворотка крови и экстракты хориона, взятые в 6–12 недель беременности у 22 женщин с макросомией плода (основная группа) и у 32 – с физиологическим течением гестации (контрольная группа). Из исследования были исключены беременные с метаболическим синдромом и имеющие плодов с хромосомной патологией. Биопсия хориона осуществлялась с целью кариотипирования плода, полученный материал использовали также для изучения указанных факторов роста.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты наших исследований сыворотки крови женщин при беременности, осложненной макросомией плода, показали, что продукция PlGF уменьшалась, а GDF-15, напротив, увеличивалась. В экстрактах хориона, выявлены аналогичные изменения, но менее выраженные, чем в сыворотке крови матери.

При макросомии плода нами также была обнаружена прямая корреляционная связь между массой тела ребенка при рождении и концентрацией PlGF в сыворотке крови матери, $r=0,81$ ($p< 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Благополучное развитие плода, а также его рост и размер во многом зависят от адекватного транспорта кислорода и питательных веществ, которые поступают к плоду через обширную сосудистую сеть плаценты, формирование которой происходит под воздействием ангиогенных факторов, в том числе PlGF. Этот фактор роста косвенно, по-видимому, может влиять на формирование крупного плода. Слаженное функционирование факторов роста и дифференцировки клеток играет важную роль на всех стадиях эмбриогенеза.

Именно поэтому комплексное изучение уровня PlGF и GDF-15 будет способствовать более глубокому пониманию процессов, происходящих в системе «мать-плацента-плод» при таких осложнениях гестационного процесса, каким является макросомия плода.

ЛОКАЛЬНАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦ С РУБЦОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРОМЕЖНОСТИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Кубицкая Ю.В., Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Обухова Г.С.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема уменьшения медикаментозной нагрузки на организм родильницы и увеличение результативности лечебно-профилактических мероприятий представляет значительный научный и практический интерес. Предложено ряд физиотерапевтических методов, способствующих стимуляции репарации и профилактики послеоперационных осложнений у родильниц с рубцовыми изменениями промежности. Среди них наибольшего внимания заслуживает применение низкоинтенсивного лазерного излучения.

ЦЕЛЬ

Оценить клиническую эффективность использования локальной лазеротерапии у пациенток с рубцовыми изменениями промежности в раннем послеродовом периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено обследование и лечение 32 родильниц в возрасте от 23 до 38 лет с рубцовыми изменениями промежности после родов. Все пациентки в послеродовом периоде получили стандартную медикаментозную терапию. Методом рандомизации все пациентки рандомизированы в 2 группы, по 16 человек в каждой. В лечебную программу пациенток I группы включили ЛТ на область рубцовых изменений промежности в интенсивном (2 раза) режиме воздействия, общим курсом 6 процедур. II группа родильниц указанных воздействий не получали. Критериями объективизации эффективности лечения служили общее состояние родильницы и альгометрия в области послеоперационной раны, проведенная на основании медико-психологического тестирования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) до и после лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все обследуемые предъявляли жалобы на боли в области послеоперационных рубцовых изменений промежности. ЛТ никаких негативных реакций у больных не вызывала. Общее состояние у всех обследуемых было удовлетворительным. Все женщины выписаны из стационара на 3–4 сут. после родов с первичным заживлением рубцовых изменений промежности.

Показатели ВАШ в 1 сут. после родов в обеих сравниваемых группах были статистически однородны ($p>0,05$) и составили 2,6±0,2 и 2,4±0,1 балла соответственно. На 2 сут. лечения у пациенток II группы уровень интенсивности боли по ВАШ составил 1,8±0,1 баллов при коэффициенте обезболивающего действия (КОД) – 0,31±0,02, а у больных I группы с ЛТ – 0,8±0,2 баллов с КОД – 0,73±0,02, что в 1-м случае соответствовало минимальному болеутоляющему эффекту, а во 2-м – выраженному. На 3 сут. лечения у пациенток II группы уровень интенсивности боли составил 1,0±0,04 баллов с КОД, равном 0,62±0,01, что соответствовало болеутолению средней выраженности. И только на 4 сут лечения у пациенток II группы без ЛТ уровень интенсивности боли составил 0,7±0,03 баллов с КОД, равном 0,073±0,01, что соответствовало болеутолению средней выраженности в 1-м случае и выраженному – во 2-м.

Полученные результаты позволяют заключить, что лазерное воздействие обеспечивает полное болеутоление в области послеоперационной раны на 2 сут раньше, чем при традиционной антибиотикопрофилактике. Такой эффект у пациенток I группы связан с локальным интенсивным действием ЛТ, обеспечивающей более быстрое восстановление травматизированных тканей, что препятствует формированию хронического болевого симптома и является обоснованным фактором лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о целесообразности проведения комплекса профилактических мер, включающих ЛТ с локальным действием в области послеоперационных рубцовых изменений промежности у родильниц.

МЕСТО ВЛАГАЛИЩНОГО ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Кузина О.А., Константинова О.Д., Пашкова О.А., Дашкина Р.А., Веккер И.Р., Дёмина Л.М., Студёнов Г.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет», г. Оренбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одна из важнейших задач, стоящей перед всеми службами родовспоможения – обеспечение благоприятного исхода беременности и родов для матери и плода. Использование современных методов вагинального оперативного родоразрешения позволяет улучшать акушерские и перинатальные исходы.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилось оценить применение методов влагалищного оперативного родоразрешения в современной практике акушера-гинеколога.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализировано 57 историй родов женщин, родоразрешенных оперативно через естественные родовые пути в областном акушерском стационаре.

В 2015 проведено 1543 родоразрешающих операции, 55 (3,6%) из которых путем применения вакуум-экстрактора KIWI с чашечкой OmniCap и 2 (0,13%) – с использованием акушерских щипцов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст матерей составил 26±10 лет. У многих женщин имела место сопутствующая экстрагенитальная патология: заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, врожденные пороки сердца, пролапс митрального клапана, вегето-сосудистая дистония) – 10,5%, эндокринная патология (гипотиреоз, ожирение) – 22,8%, болезни мочевыделительной системы (пиелонефрит, мочекаменная болезнь) – 3,5%, заболевания системы крови (тромбоцитопения) – 1,7%, заболевания нервной системы (ДЦП) – 1,7%, одна женщина являлась ВИЧ-инфицированной.

При анализе течения беременности выявлены такие осложнения, как преэклампсия (умеренная и тяжелая) – 12,3%, анемия (легкой и средней степени тяжести) – 59,6%, гестационный сахарный диабет –3,5%, гестационная артериальная гипертензия – 1,7%, отёки беременности – 1,7%; урогенитальная инфекция (кольпиты различной этиологии, ИМВП) выявлена у 38,6% обследуемых.

Основным показанием к вакуум-экстракции плода в 78% случаев явился дистресс плода во II м периоде родов. В остальных случаях (22%) показанием к вакуум-экстракции явилась упорная слабость потуг.

Наложение акушерских щипцов в обоих случаях выполнялось при стремительных родах у рожениц с экстрагенитальной патологии, требующей исключения потужного периода.

Новорожденные имели следующую оценку по шкале Апгар: 5 баллов – 3,6%; 6 баллов – 23,64%; 7 баллов – 52,73%; 8 баллов – 18,18%; 9 баллов – 1,8%.

Разрывы мягких тканей родовых путей во время родоразрешения наблюдались у 16,3% рожениц.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование показывает, что влагалищные родоразрешающие операции являются хорошей альтернативой при тех акушерских ситуациях, когда выполнить кесарево сечение уже не представляется возможным. В настоящее время в связи с усовершенствованием техники вакуум-экстракция плода обоснованно занимает ведущее место среди влагалищных родоразрешающих операций.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕТОК

Кузина О.А., Константинова О.Д., Сухинина А.Ю., Моисеенко О.А., Мазуровская О.П., Савилова Т.В., Сенникова Ж.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет», г. Оренбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Юные беременные в акушерской практике встречаются нередко. Раннее начало сексуальных отношений, низкий уровень знаний и плохая осведомлённость о контрацепции, воспитание в неполных семьях привели к такому явлению как «юное материнство».

ЦЕЛЬ

Изучить особенности течения беременности и родов у несовершеннолетних пациенток.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследуемую группу вошли 56 пациенток, что составило 1,12% от общего числа родильниц за 2015 год. На момент родов 33 (58,9%) пациенткам исполнилось 17 лет, 16 (28,5%) – 16,6 (10,7%) – 15 лет. У одной пациентки роды произошли в 14 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди экстрагенитальной патологии встречались болезни системы кровообращения, в частности у 4-х (7,1%) – ВПС: из них у 2-х (3,57%) коарктация аорты, у 2-х (3,57%) пациенток дисплазия сердца. Из заболеваний дыхательной системы у 4 (7,14%) отмечалась бронхиальная астма, ОРВИ у одной пациентки. Заболевания мочеполовой системы встречались у 16 (28,57%): у 14 (25%) пациенток выявлен кольпит, у 2-х (3,57%) пиелонефрит.

Течение беременности осложнилось преэклампсией тяжёлой степени у 2-х (3,57%) и умеренной преэклампсией у 5 (8,92%) пациенток, анемией легкой степени у 42 (75%). У 3-х (5,35%) пациенток с ожирением развился гестационный сахарный диабет.

Все юные беременные поступили на дородовую госпитализацию в сроке 38–39 недель.

Роды через естественные родовые пути произошли у 45 (80,35%) пациенток. Вакуум-экстракция плода проведена у одной роженицы ввиду дистресса плода во II периоде родов; родоразрешение с применением акушерских щипцов произведено у одной роженицы в связи с экстрагенитальной патологией, требующей исключения потужного периода. Рассечение промежности произведено 18 (32%) роженицам ввиду угрожающего или начавшегося разрыва промежности. Разрыв слизистой влагалища произошел у 14 (25%) рожениц, в 3-х случаях (5,35%) – разрыв шейки матки, разрыв промежности также у 3-х (5,35%) обследуемых.

Показанием к плановому кесареву сечению у 3-х (5,35%) пациенток явилось сочетание анатомически узкого таза с крупным плодом. Экстренное кесарево сечение проведено у 6 (10,71%) подростков по поводу клинически узкого таза, дистоции шейки матки без эффекта от медикаментозной коррекции, ухудшения течения преэклампсии, преждевременной отслойки плаценты.

Все дети родились живыми; из них с низкой массой тела у 3-х (5,35%) подростков, крупновесные новорожденные – у 4-х (7,14%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные в очередной раз подтверждают, что беременность и роды в подростковом возрасте сопряжены с риском развития осложнений. У обследуемых имело место сочетание акушерских осложнений течения беременности и родов (преэклампсии, гестационного сахарного диабета, кровотечений, аномалий родовой деятельности, разрывов мягких тканей родовых путей), экстрагенитальной патологии (сердечно-сосудистых, эндокринных заболеваний, заболеваний мочеполовой и дыхательной систем), нередко требующих оперативного родоразрешения.

РОЛЬ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЯХ ПРИ РАННЕЙ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭЛАМПСИИ

Курочка М.П., Гайда О.В., Евдокимова И.А.

Ростовский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №4, г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Перинатальная смертность при преэклампсии превышает средние показатели в 5–7 раз. Нарушение в системе «мать – плацента – плод» при этом осложнении приводит к гипоксии и синдрому задержки роста плода, возможному его внутриутробному инфицированию.

ЦЕЛЬ

Изучить роль инфекции в перинатальных исходах у пациенток с тяжелой ранней преэклампсией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 19 беременных с тяжелой ранней преэклампсией у которых проводилось микробиологическое и молеку-

лярно-биологическое (ПЦР в реальном времени) исследование околоплодных вод. Околоплодные воды забирались (проводилась пункция) во время кесарева сечения до разреза на матке. Определялись анаэробные, аэробные возбудители, грибы, parvovirus B 19; herpes simplex virus 1,2; herpes simplex virus 6; cytomegalovirus; EBV.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сроки родоразрешения беременных с тяжелой ранней преэклампсией составили от 28 до 37 недель беременности. 15 (0,789) (95% ДИ 0,544–0,939) новорожденных имели низкую массу тела, один (0,053) (95% ДИ 0,001–0,260) очень низкую массу тела. Менее 7 баллов по шкале Apgar на первой и пятой минутах при рождении были оценены 17 (0,895) (95% ДИ 0,669–0,987) новорожденных. Внутриутробная инфекция была выявлена у 4-х (0,211) (95% ДИ 0,061–0,456). 2 (0,105) (95% ДИ 0,013–0,331) новорожденных погибли в раннем неонатальном периоде от генерализованной внутриутробной инфекции. У 16 беременных в околоплодных водах отсутствовала воспалительная реакция, отсутствовали исследуемые возбудители. В трех случаях при отсутствии воспалительной реакции в околоплодных водах были выявлены: в 2-х случаях Parvovirus B 19 (родоразрешение проводилось в сроках 37–38 недель и в 31 неделю беременности) и в одном случае Actinomyces species. В случаях выявления Parvovirus B 19 в околоплодных водах, у плодов выявлен синдром задержки темпов роста плода, и новорожденные нуждались в реанимационных мероприятиях. В раннем неонатальном периоде они погибли от генерализованной инфекции и развившейся органной недостаточности. В случае выявления Actinomyces species в околоплодных водах, новорожденный родился в сроке 32 недели беременности длительно находился в реанимационном отделении и в отделении для недоношенных (42 дня) в связи с развитием пневмонии и плеврита.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внутриутробное инфицирование является одной из причин перинатальных потерь при тяжелой ранней преэклампсии.

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Курочка М.П., Гайда О.В., Кедыч А.Д.

Ростовский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №4, г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Общепризнано, что одной из основных причин невынашивания беременности является истмико-цервикальная недостаточность. На ее долю приходится от 14,3 до 65% поздних абортов и преждевременных родов. Несмотря на применение хирургической коррекции более полувека, остается ряд вопросов требующих дальнейшего исследования проблемы ИЦН, а связанных с ней потерь беременности.

ЦЕЛЬ

Проведение оценки поэтапной профилактики потери беременности, включая наложение кругового подслизистого шва на шейку матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведён ретроспективный анализ 24 историй родов (ГБУ РО «Перинатальный центр» г. Ростова-на-Дону). В анализируемую группу вошли 24 женщины с ИЦН или «короткой» (менее 25 мм по данным УЗИ) шейкой матки, которым был наложен круговой подслизистый шов по методу McDonald.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 24 беременных 7 женщин 0,292(95% ДИ 0,126–0,511) вошли в «группу риска по возрасту» – младше 20 лет и старше 35 лет. 16 беременных 0,667 (95% ДИ 0,447–0,844) были с многоплодной беременностью, у 14 из них были спонтанные двойни. Первые роды предстояли 14 пациенткам 0,583 (95% ДИ 0,366–0,779). Синдром потери плода выявлен у 15 пациенток 0,625 (95% ДИ 0,406–0,812). Потери беременности в анамнезе чаще всего были связаны с ранними самоабортами (n=7) 0,292 (95% ДИ 0,126–0,511) и неразвивающимися беременностями (n=6) 0,25 (95% ДИ 0,098–0,467). Преждевременные роды

в анамнезе были у трех повторнородящих женщин 0,125 (95% ДИ 0,027–0324). Три исследуемых 0,125 (95% ДИ 0,027–0,324) имели рубец на матке после кесарева сечения, 4 пациентки 0,167 (95% ДИ 0,047–0,374) перенесли операции на шейке матки. Из гинекологических заболеваний превалировали хронический эндометрит у 7 исследуемых 0,292 (95% ДИ 0,126–0,511), который был подтверждён морфологически и острые воспалительные заболевания матки и придатков у 4-х 0,167 (95% ДИ 0,047–0,374). В когорте исследуемых были следующие экстрагенитальные заболевания: анемия (n=11) 0,458 (95% ДИ 0,256–0,672) и метаболический синдром (n=6) 0,25 (95% ДИ 0,098–0,467). У 6 0,25 (95% ДИ 0,098–0,467) исследуемых было выявлено гомозиготное носительство полиморфизмов гемостаза и фолатного цикла и в одном случае дефицит протеина С.

Всем пациенткам проводилась прегравидарная подготовка с учетом факторов риска. Во время беременности проводилась терапия гестагенами, вводились иммуноглобулины, низкомолекулярные гепарины, использовался плазмоферез. Течение родов осложнилось дородовым излитием околоплодных вод у 7 беременных 0,292 (95% ДИ 0,126–0,511) В 11 наблюдений 0,458 (95% ДИ 0,256–0,672) произошли преждевременные роды, из которых у 8 были поздние (34–36,6 недель); у 2-х преждевременные роды в сроке 31–33,6 недель. Ранние ПВР (28–30,6 недель) имели место в 1 случае при многоплодной беременности, когда шов был наложен экстренно при пролабирующем плодном пузыре. Из 41 новорождённого оценку по шкале Apgar меньше 7 баллов получило 7 детей. Перинатальных потерь не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В основе предотвращения ПВР наряду с наложением шва на шейку матки должен лежать комплекс мероприятий: 1) выявление факторов риска, 2) прегравидарная подготовка, 3) тщательный мониторинг беременности, 4) использование патогенетической терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЦИСТИТОМ В РАМКАХ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ПАЦИЕНТОК С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Кшнясева С.К., Махалова Г.О., Константинова О.Д., Михайлова Е.А., Жеребятьева О.О.

ОрГМУ, г. Оренбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Невынашивание беременности – один из ключевых вопросов акушерства и гинекологии. Среди факторов преждевременных прерываний беременности одно из лидирующих мест занимают воспаления микробной этиологии. При этом нельзя недооценивать роль транслокации инфекции из мочевого тракта (как правило при возникновении цистита) во влагалище, что с вероятностью 78% может приводить к отсутствию наступления беременности, либо к прерыванию гестации.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность применения гипобарической гипокситерапии в комплексе лечения женщин с репродуктивными потерями в анамнезе, страдающих хроническим циститом, в рамках подготовки к беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование и лечение 30 женщин с хроническим циститом в возрасте от 18 до 36 лет с эпизодами невынашивания беременности. После обследования женщин были разделены на две группы по 15 человек.

В первую группу вошли женщины, которые получали только стандартную схему лечения хронического цистита, а именно пероральные антибиотики в соответствии с бактериологически подтвержденными результатами (этиологи-

чески значимыми считались микроорганизмы 105 КОЕ/мл), урологические фитосборы. Во вторую группу вошли женщины, которые наряду со стандартной схемой лечения прошли курс гипобарической гипокситерапии – десять двухчасовых сеансов на высоте 3,5 тысячи метров в камере «Урал – 1». В процессе лечения на вторую групп пациенток действовали пониженное барометрическое давление и сниженное, по сравнению с нормальным, содержание кислорода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изменения самочувствия пациенток из первой группы отмечалось на 3 ± 1,4 сутки и только к концу двухнедельного периода лечения улучшение самочувствия наблюдалось у 93,3%, лабораторные показатели (снижение показателей микробной обсемененности до ≤ 103 КОЕ/мл) улучшились у 86,7% пациенток. Причём, период ремиссии заболевания был достаточно коротким и составлял 4,1 ± 1,7 мес. У 93,3% пациенток из второй группы комплексное улучшение отмечалось уже на 2,7 ± 0,8 суток, а лабораторные показатели пришли в норму (≤ 102 КОЕ/мл) у всех обследуемых. У пациенток из второй группы была достигнута стойкая ремиссия до 9,3 ± 2,7 мес. Следует так же отметить, что у женщин этой группы после завершенного лечения самостоятельно наступила беременность и по данным УЗИ (I скрининг II, III) исследования и биохимического скрининга плода патологии выявлено не было. За весь период гестации не было клинических и лабораторных проявлений цистита.

В первой группе пациенток самостоятельно наступила беременность только у 66,7%, из которых в 3 случаях беременность закончилась самопроизвольным выкидышем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, по нашим данным, применение курса гипобарической гипокситерапии в комплексном лечении женщин с хроническим циститом, повысило уровень санации и помогло достичь стойкой ремиссии, благодаря улучшению адаптационных свойств организма женщины. А также после применения лечения в барокамере в перспективе увеличилось количество самостоятельно наступающих беременностей.

МИФЕПРИСТОН – КАК СДЕЛАТЬ ПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР?

Лебедева Н.В., Каткова Н.Ю., Морозова Ю.В.

ГБОУ ВПО «НижГМА» МЗ РФ, г. Нижний Новгород

АКТУАЛЬНОСТЬ

Самопроизвольное начало родовой деятельности обеспечивает наиболее благоприятное течение родов для матери и рождение доношенного зрелого ребенка. Акушер должен проводит родовозбуждение только в том случае, когда есть уверенность, что пролонгирование беременности вследствие различных осложнений опасно для матери и плода.

ЦЕЛЬ

Клиническая оценка эффективности применения мифепристона для преиндукции родов при тенденции к перенашиванию беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включена 101 беременная, которым с целью преиндукции родов применялся мифепристон по 200 мг дважды через 24 ч., с оценкой эффективности через 48 ч. В 1 группе (55 женщин) подготовку шейки матки начинали в 40 нед и 4–6 дней, во 2 группе (46 беременных) – в 41 нед.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке степени зрелости шейки матки по модифицированной шкале Bishop в сроке 40 нед. и 4–6 дней незрелая шейка матки наблюдалась у 32 (58,2%) беременных, а в 41 нед. – у 17 (37%) женщин. Высокая эффективность мифепристона подтверждена тем, что у 67,3% женщин 1 группы и у 63% пациенток 2 группы развилась спонтанная родовая деятельность, а у 9,1% и 13% беременных соответственно достигнута оптимальная готовность к родам (зрелая шейка матки), что позволило провести родовозбуждение амниотомией. При анализе особенностей течения родов после преиндукции мифепристоном в сроке 40 нед. и 4–6 дней по сравнению с родовозбуждением в 41 нед. достоверно чаще ($p<0,05$) наблюдалась острая гипоксия плода

(10,9% и 2,2%) и госпитализация новорожденных в палату интенсивной терапии (9,1% и 4,3%). Оперативное родоразрешение проводилось в 6,69 раз чаще в сроке 40 нед. и 4–6 дней: операция кесарево сечение выполнена у 18,2% рожениц, вакуум-экстракция плода – у 10,9%. Тогда как в 41 нед. частота кесарева сечения составила 4,3%, а вакуум-экстракция плода не проводилась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение мифепристона – высоко эффективный метод подготовки организма беременной к родам в сроке 40 нед. и 4–6 дней и в 41 нед.: 1) у 67,3% и 63% женщин соответственно развивается спонтанная родовая деятельность; 2) у 9,1% и 13% беременных достигается оптимальная готовность к родам (зрелая шейка матки), что создает условия для родовозбуждения амниотомией.

При проведении преиндукции родов мифепристоном в сроке 40 нед. и 4–6 дней достоверно чаще ($p<0,05$) наблюдается острая гипоксия плода и возникает необходимость госпитализации новорожденного в палату интенсивной терапии, возрастает частота оперативного родоразрешения.

ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПО РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНОМУ СТАТУСУ

Лукьяненко Ю.Н.

ККБ 2 ПЦ, г. Краснодар

АКТУАЛЬНОСТЬ

Необходим интегративный количественный показатель оценки организма беременной женщины с сахарным диабетом, по которому можно будет выявить раннюю декомпенсацию и прогнозировать оптимальный срок родоразрешения. Таким показателем может быть индекс регуляторно-адаптивного статуса, определяемый по параметрам пробы сердечно-дыхательного синхронизма.

Это обусловлено тем, что проба сердечно-дыхательного синхронизма носит интегративный показатель и отражает функциональное состояние всего организма в целом. В свою очередь, при сахарном диабете нарушения затрагивают весь организм.

ЦЕЛЬ

Повысить информативность выявления декомпенсации у беременных женщин с сахарным диабетом по регуляторно-адаптивному статусу.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование было проведено на базе Перинатального центра ККБ №2 города Краснодара на 20 здоровых беременных женщинах и 84 женщинах с сахарным диабетом со сроком беременности 36–40 недель. Всем женщинам наряду с акушерско-гинекологическим, инструментальным и лабораторным обследованием, проводили пробу сердечно-дыхательного синхронизма на приборе «ВНС-Микро» посредством системы для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека. По параметрам сердечно-дыхательного синхронизма определяли регуляторно-адаптивный статус.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У беременных женщин с компенсированным сахарным диабетом по сравнению со здоровыми беременными индекс регуляторно-адаптивного статуса был меньше на 55,5%, за счет меньшего диапазона синхронизации на 43,0%, и большей длительности развития сердечно-дыхательного синхронизма на 30,2%. Тем не менее их регуляторно-адаптивные возможности оценивались как хорошие. У беременных женщин с декомпенсированным сахарным диабетом по сравнению со здоровыми беременными индекс регуляторно-адаптивного статуса был меньше на 81,4%, за счет меньшего диапазона синхронизации на 63,5%, и большей длительности развития сердечно-дыхательного синхронизма на 96,3%. Регуляторно-адаптивные возможности оценивались как низкие.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, по регуляторно-адаптивному статусу можно судить о декомпенсации сахарного диабета у беременных женщин.

ВЛИЯНИЕ БЛИЗКОРОДСТВЕННОГО БРАКА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Магомедова А.Ш., Омаров Н.С-М.

ГБУ РД «Избербашская центральная городская больница», г. Избербаш

АКТУАЛЬНОСТЬ

Планирование беременности и борьба за рождаемость здорового поколения являются общемировой проблемой, приобретающей особую актуальность в областях с высокой рождаемостью. Однако, несмотря на большое число публикаций многие факторы риска, влияющие на отягощение показателей репродуктивного здоровья, остаются малоизученными. Во многих регионах мира пристальному вниманию подвергается здоровье матери и ребенка в семьях, где существуют инбредные браки. В районах, где часто встречаются такие браки, взгляд на него неоднозначен. И если угроза рождения в таких семьях детей с врожденной, генетически опосредованной патологией не вызывает сомнения, то влияние инбредного брака на течение беременности, применяемых методов родовспоможения мало изучено и дискутабельно.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось определение влияет ли негативно инбредный брак на течение беременности, исход родов и на течение развития новорожденного. Нами проведен анализ течения беременности и родов у 180 женщин, состоящих в инбредном браке и 60 женщин из аутбредного брака в возрасте 18–38 лет, а также проведено наблюдение за течением развития их детей до года жизни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всем беременным проводилось общеклиническое обследование согласно отраслевым стандартам. Оценку функционального состояния системы мать-плацента-плод проводили с использованием ультразвукового, допплерометрического исследования и КТГ. В неонатальном периоде оценивались психо-физические данные.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 180 женщин, состоящих в родственном браке, течение беременности осложнилось угрозой прерывания беременности в 11,7% случаев. На УЗИ выявлены нарушения гемодинамики плода I А–I Б степени 48 (36,3%), несоответствие зрелости плаценты к гестационному сроку в 38 (21,1%) случаев, маловодие в 19(10,5%), а у 34 (18,9%) наблюдалось многоводие. Исходы родов были следующие: срочными родами завершились в 97,8% случаях в основной группе и в 95% случаях в контрольной. При сравнительном анализе средних показателей антропометрических данных новорожденных детей, было выявлено, что у матерей, состоящих в инбредном браке дети рождаются с низкой массой тела (2149,14 ± 108 г.), чем у новорожденных детей, родившихся от родителей из аутбредного брака. 7,6% новорожденных основной группы были оценены при рождении как крупные, 41,7% – как маловесные для гестационного срока, 53,9% имели среднюю массу тела. В контрольной группе эти показатели составили: крупные дети – 8,3%, маловесные – 21,7%, средние – 58,3%.

В раннем неонатальном периоде у новорожденных были выявлены следующие осложнения: задержка внутриутробного развития в основной группе 24 (13,9%) и 2 (3,4%) случая в контрольной группе, гипоксически ишемическое поражение ЦНС было диагностировано в 34 (19,8%) случаев и в 6 (10,2%) случаях. При катамнестическом наблюдении за течением развития новорожденного до года жизни, отмечалось наличие задержки психо-моторного развития в основной группе 27,3% и в 3,4% случаев в контрольной, постгипоксическое поражение ЦНС с расширением желудочковой системы головного мозга в 20,3% случаев в основной и в 1,7% в контрольной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты исследования показали, что исходы беременности и родов не всегда были благоприятны у пациенток, состоящих в близкородственном браке, а также негативно действует на рожденное ими потомство. Следовательно, женщины как родившиеся в инбридинговой семье, так и состоящие в близкородственном браке, находятся в группе риска патологического течения беременности и родов.

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИТОХОНДРИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ЦИТОТРОФОБЛАСТА ПЛАЦЕНТ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Майсина А.И., Кулида Л.В.

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» МЗ РФ, г. Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

Известно, что одним из механизмов развития плацентарной недостаточности при преэклампсии является митохондриальная дисфункция. В связи с этим особую актуальность приобретает разработка способов оценки ультраструктурных изменений митохондрий при осложнениях беременности.

ЦЕЛЬ

Изучение ультраструктурных особенностей митохондрий периферического цитотрофобласта (ЦТБ) плацент у женщин с преэклампсией (ПЭ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведены макроскопическая диагностика, органометрия, обзорная гистология и трансмиссионная электронная микроскопия периферического ЦТБ плацент от женщин при беременности, осложненной ПЭ средней степени тяжести (30 – I гр.) и тяжелой (30 – II гр.). Контрольную группу составили 20 плацент от женщин без признаков ПЭ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В плацентах I гр. выявлены гипоплазия плацент II и III степени, краевое прикрепление пуповины, острые и хронические нарушения материнского кровообращения на фоне умеренно сформированных процессов адаптации и компенсации. Во II гр. достоверно чаще, по сравнению с группой контроля (p=0,05), диагностированы гипоплазия плацент III ст., центральная локализация хронических геморрагических инфарктов, очагов апоплексии и тромбоза межворсинчатого пространства.

В периферическом ЦТБ плацент I гр. отмечено двукратное уменьшение количества митохондрий в перинуклеарных зонах и между цистернами гранулярного эндоплазматического ретикулума. При этом преобладали митохондрии округлой формы с набуханием центральных отделов крист, прогрессирующей деструкцией внутренней мембраны и очаговым просветлением митохондриального матрикса. Средняя площадь митохондрий периферического ЦТБ в 2 раза превышала аналогичный параметр группы контроля (p=0,0001) и составила 3,4±1,8 мкм2. Митохондрии периферического ЦТБ не контактировали с элементами гранулярного эндоплазматического ретикулума. В цитоплазме клеток периферического ЦТБ выявлено увеличение количества лизосом, соприкасающихся с аморфными структурами митохондрий. В ряде митохондрий визуализировались псевдовезикулы, представленные остатками внутренней и наружной мембран. В периферическом ЦТБ плацент II гр. диагностировано двукратное, по сравнению с группой контроля, уменьшение диаметра митохондрий и четырехкратное снижение площади данных ультраструктур (0,42±0,16 мкм2, p=0,0002) в сочетании с выраженными деструктивными изменениями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ультраструктурные особенности митохондрий периферического цитотрофобласта плацент при преэклампсии средней

степени тяжести и тяжелой свидетельствуют о достоверном снижении диаметра и площади митохондрий, их количественном уменьшении и прогрессировании деструктивных изменений, составляющих ультраструктурную основу митохондриальной дисфункции при преэклампсии.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТАХ У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Малышкина А.И., Назарова А.О., Кулида Л.В., Козырина А.А., Назаров С.Б., Жолобов Ю.Н.

ГБОУ ВПО «ИвГМА» Минздрава России, г. Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

В современном акушерстве одной из наиболее актуальных проблем остается невынашивание беременности. Выявление изменений в плаценте может иметь важное диагностическое значение для установления причины преждевременных родов. Исход беременности при угрозе преждевременных родов помимо этиологических и патогенетических факторов тесным образом связан с морфофункциональным состоянием плаценты, как связующего звена элементов функциональной системы «мать-плацента-плод».

ЦЕЛЬ

Выявление патоморфологических особенностей плацент у женщин с угрожающими преждевременными родами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Патоморфологическое исследование последов проведено у 60 родильниц, беременность у которых осложнилась угрожающими преждевременными родами: у 29 женщин, родивших своевременно и 31 женщины, у которых произошли самопроизвольные роды до 37 недель гестации. Морфологическая оценка структурных изменений плацент включала макроскопическое описание, органометрию и обзорную гистологию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех родильниц преобладали плаценты округлой формы с центральным прикреплением пупочного канатика и, как следствие, с рассыпным типом ветвления сосудов на плодовой поверхности. Неправильная (треугольная, бобовидная и подковообразная) форма плацент, выявленная только в группе с преждевременными родами (12,9%), является морфологическим подтверждением нарушений плацентации, которые в большинстве случаев связаны с хроническим эндометритом и неполноценной гестационной перестройкой эндометрия.

Степень выраженности патоморфологических изменений, развивающиеся в плаценте при угрожающих преждевременных родах, зависят от исхода беременности. Так, к основными патоморфологическими изменениями в плацентах при самопроизвольном прерывании беременности в сроках 24–36 недель относятся гипоплазия плацент с дефицитом массы более 20%, острые нарушения маточно-плацентарного кровотока на фоне незавершенной гестационной перестройки эндометриальных сегментов спиральных артерий и пост-воспалительная гиповаскуляризация промежуточных и терминальных ворсин на фоне недоразвития компенсаторных процессов.

В плацентах у женщин с угрожающими преждевременными родами и родившими своевременно выявлена гипоплазия I ст., суммарная площадь хронических нарушений материнского и плодового кровотока не более 23% от площади материнской поверхности плаценты, базальный, париетальный децидуит и компенсаторная гиперплазия сосудистого компонента терминальных отделов ворсинчатого дерева.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, основными патоморфологическими изменениями в плацентах при угрожающих преждевременных родах являются гипоплазия и аномалии формы плаценты в сочетании с нарушениями маточно-плацентарного кровотока и воспалением в элементах ворсинчатого хориона, особенности и степень выраженности которых связана с исходом беременности.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА КОАГУЛЯЦИОННОГО ФАКТОРА КРОВИ FVII У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Малышкина А.И., Фетисова И.Н., Жолобов Ю.Н., Назарова А.О., Назаров С.Б., Ратникова С.Ю., Фетисов Н.С.

ГБОУ ВПО «ИвГМА» Минздрава России, г. Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из причин нарушения гестационного процесса являются генетические факторы как плодового, так и материнского происхождения. В последние годы внимание исследователей сосредоточено на изучении полиморфизма генов разных систем в генотипе матери и поиске генетических маркеров развития различных акушерских осложнений.

ЦЕЛЬ

Изучение особенностей полиморфизма гена FVII у женщин с угрожающими преждевременными родами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование полиморфизма гена FVII G10976A проведено у 103 женщин с угрожающими преждевременными родами (основная группа) и 73 женщин с физиологическим течением беременности и своевременными родами (контрольная группа). В основной группе 53 пациентки родили своевременно, у 50 женщин произошли самопроизвольные роды до 37 недель гестации. Все обследованные являлись жительницами Ивановской области и были русскими по этнической принадлежности. Однонуклеотидные полиморфизмы изучали методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени с использованием набора «Кардиогенетика. Тромбофилия» («ДНК-технология», Россия).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота аллеля FVII 10976A в основной и контрольной группах женщин была сходной. Однако в группе пациенток с угрожающими и свершившимися преждевременными родами частота гомозиготного генотипа по аллелю FVII 10976A была достоверно выше, чем у женщин контрольной группы (4,0 и 2,78% соответственно, p=0,031). Проконвертин – белок, регулирующий свертывание крови в качестве активатора факторов свертывания крови X (F10) и IX (F9) в присутствии витамина K. Мутация гена проконвертина определяет снижение его экспрессии на 30% и, соответственно, пониженный уровень белка FVII является защитным фактором в развитии инфаркта миокарда и тромбозов, но, с другой стороны, вероятность кровотечений повышается. Система гемостаза представляет собой совокупность биохимических процессов, которые в норме уравновешены и обеспечивают жидкое состояние крови, поддержание ее нормальных реологических свойств, предупреждение и остановку кровотечений. Смещение данного равновесия повышает риск или кровотечений, или тромбообразования. Вероятно, гомозиготный генотип женщины по мутантному варианту гена проконвертина является протективным фактором в отношении развития тромбозов, но увеличивает риск кровотечений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Достоверное накопление гомозиготного генотипа по аллельному варианту FVII 10976A у женщин с угрожающими преждевременными родами позволяет расценивать данный факт как генетическую составляющую повышенного риска нарушения плацентарного кровообращения и досрочного прерывания беременности.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Михайлин Е.С.

СЗГМУ имени И.И. Мечникова, СПбГБУЗ «Родильный дом №10», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

На базе СПбГБУЗ «Родильный дом №10» с 2012 года работает городской Центр по ведению беременности и родов у несовершеннолетних «Маленькая мама», в котором рожает около половины всех несовершеннолетних беременных женщин г. Санкт-Петербурга. По нашим данным, существуют значительные трудности при ведении беременности и родов у несовершеннолетних на общих основаниях в городской сети ЛПУ: поздняя первая явка в женскую консультацию (16,3±8,2 недель), нерегулярное посещение несовершеннолетними женской консультации (в среднем – 7,5 явок), отсутствие консультаций психолога до и после родов, большая частота поступления несовершеннолетних в родильный дом непосредственно в родах (81,8%) и редкая их госпитализация при доношенном сроке в отделения патологии беременности (18,2%), отсутствие должного лабораторно-инструментального обследования перед родами, высокая частота быстрых и стремительных родов (21,8%) и редкое обезболивание родов у несовершеннолетних (20,0%).

ЦЕЛЬ

Обосновать и внедрить основные принципы ведения беременности, родов и послеродового периода у несовершеннолетних женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 212 несовершеннолетних женщин. Первую группу составили 110 юных женщин, родивших в СПбГБУЗ «Родильный дом №10» до организации Центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних (2009–2011 гг.), вторую группу – 102 юные женщины, родившие после организации Центра (2012–2014 гг.). В качестве основных принципов ведения беременности и родов у юных женщин были внедрены ранняя профилактика анемии беременных, гестоза и плацентарной недостаточности, проведение бактериологического исследования отделяемого из цервикального канала при сроке 38 недель с последующей антибактериальной терапией, а также санация влагалища перед родами, тщательная регуляция сократительной деятельности матки в родах и максимальное обезболивание родов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Применение разработанных нами принципов способствует достоверному снижению частоты анемии беременных (19,6% во второй группе против 31,9% в первой группе), артериальной гипертензии (2,9% против 7,3%), уменьшению общей прибавки веса за беременность (12,1±4,5 кг. против 13,9±6,4 кг.), снижению частоты быстрых и стремительных родов (0% против 21,8%), разрывов шейки матки (5,9% против 12,5%), разрывов влагалища (3,9% против 12,7%), патологической кровопотери (0% против 7,3%), асфиксии новорожденных (0% против 3,6%), уменьшению частоты хориоамнионита в родах (1,0% против 6,4%), субинволюции матки (2,1% против 7,3%), послеродового лактостаза (2,1% против 9,1%), отсутствию послеродовых эндометритов (0% против 8,1%) и гнойных маститов (0% против 0,9%), кроме того, ведет к улучшению социальных исходов беременности в юном возрасте: более ранней постановке на учет по беременности (13,1±6,4 нед. против 16,3±8,2 нед.), отсутствию отказов от новорожденных в родильном доме у несовершеннолетних.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ключевой особенностью несовершеннолетних является быстрая, декомпенсация всех патологических состояний, когда заболевание или осложнение беременности или родов из преклинической или легкой степени тяжести мгновенно переходит в тяжелую, угрожающую жизни патологию, Применение разработанных нами основных принципов ведения беременности, родов и послеродового периода у несовершеннолетних достоверно демонстрирует улучшение качества обследования беременных подростков, а также

улучшение медицинских и социальных исходов беременности и родов у несовершеннолетних.

ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖИМОГО ПОЛОСТИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Морозова Н.А., Железная А.А., Морозова Н.И., Мельников А.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ

Послеродовый эндометрит является одной из наиболее распространенных форм гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде. Частота его после самопроизвольных родов составляет 2–5%, после кесарева сечения –10–20%, по некоторым данным – до 50%. Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении послеродового эндомиометрита, учитывающих такие особенности его течения, как «стёртость» клинических проявлений и позднюю манифестацию клинической симптоматики, обусловленные сменой микробного пейзажа пуэрперальной инфекции, так и преобладание в структуре эндомиометритов моносимптомного варианта – проблема поиска ранней диагностики остается достаточно актуальной.

ЦЕЛЬ

Изучить цитоморфологические особенности содержимого из полости матки при эндометрите в послеродовом периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

МВА полости матки. Цитологическое исследование лохий.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами обследованы 40 женщин с выраженными формами эндометрита, возникшего после родов через естественные родовые пути. В зависимости от клинического проявления и течения заболевания выделены три группы больных. В 1-ю группу вошли 18 родильниц с легким течением послеродового эндометрита. Температура тела у больных была не выше 38°С, субинволюция и незначительная болезненность матки отмечалась у половины обследованных, выделения из цервикального канала в большинстве случаев (у 16) были умеренными темно-кровянистыми. Лечебные мероприятия в течение 2–3 дней привели к ликвидации острых проявлений заболевания.2-ю группу составили 14 родильниц с тяжелым течением заболевания. Температура тела у больных была выше 38°С держалась более 3-х дней, а эффект от проводимой терапии отмечался спустя 4–5 дней. У 2/3 больных были ознобы, во всех случаях имело место субинволюция матки, выделения из полости матки как правило были, гнойно-кровянистыми, с запахом. В 3-й группе было 8 родильниц с длительным течением эндометрита, у которых предыдущее общее лечение (в среднем 17±2 дня) не привело к ликвидации проявлений патологического процесса в матке (оставалась субфебрильная температура, плохо сокращалась матка, продолжались гнойно-кровянистые выделения. Проводилась МВА. Полученный материал фиксировали в 8% нейтральном формалине и заливали в парафин. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином с последующим подсчетом доли полиморфноядерных лейкоцитов, лимфоцитов, плазмоцитов и макрофагов среди 500 клеток экссудата, исследованных в различных полях зрения.

Полученные данные показывают, что в острой стадии нелеченного эндометрита в аспирате из матки содержится большое количество нейтрофилов, особенно при тяжелом течении заболевания. У больных с вялотекущем эндометритом (3-я группа) отмечалось уменьшение доли нейтрофилов за счет возрастания количества лимфоцитов в воспалительном экссудате из полости матки. Соотвественно отношение лейкоциты / лимфоциты при остром эндометрите при остром эндометрите (больные 1-й и 2-й групп) было больше (3,7 и 5,3 было соответственно), чем при затяжном течении (3-я группа) заболевания (2,2). Существенной разницы в количестве макрофагов в содержимом из полости матки у больных обследованных групп не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, изучение цитоморфологических особенностей содержимого из полости матки при послеродовом эндометрите позволяет более объективно оценить тяжесть течения заболевания и эффективность проводимого лечения.

ВЛИЯНИЕ КОМПЕНСАЦИИ ДИАБЕТА НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Морохотова Л.С., Гурьева В.М., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф., Троицкая М.В., Котов Ю.Б.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы отмечается значительное увеличение числа беременных с сахарным диабетом (СД) 2 типа. Высокая частота акушерских и перинатальных осложнений у этого контингента пациенток обусловливают актуальность исследования.

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования явилась оценка влияния гликемии на протяжении беременности на состояние новорожденного в раннем неонатальном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно были проанализированы особенности течения беременности и ее исходы у 92 женщин с СД 2 типа. Деление на группы проводилось в зависимости от течения раннего неонатального периода новорожденных, ведущим явилось перинатальное поражение центральной нервной системы (ПП ЦНС), в связи с чем были выделены три группы: 1-ю составила 61 пациентка (66,3%), у детей которых не было признаков ПП ЦНС, 2-ю – 15 беременных (16,3%), у детей клинические проявления среднетяжелого ПП ЦНС, 3-ю – 16 женщин (17,4%), с тяжелым ПП ЦНС. Степень компенсации СД оценивалась эндокринологом по уровням гликированного гемоглобина (HbA1c), показателям гликемии при лабораторном исследовании и по данным дневников самоконтроля.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1-й группе родился 61 ребенок, из них 1 недоношенный (1,6%). В состоянии гипоксии 15 новорожденных (24,6%), задержка внутриутробного роста (ЗВУР) и гипотрофия отмечались у 10 (16,6%), выраженные фенотипические признаки диабетической фетопатии (ДФ) у 19 (31,1%). Все дети 1-й группы выписаны в удовлетворительном состоянии.

У женщин 2-й группы недоношенных 5 детей (33,3%), в состоянии гипоксии и асфиксии средней степени тяжести – 13 (86,7%). Признаки ЗВУР и гипотрофии отмечались у 5 (33,3%), ДФ – у 7 (46,7%). Отмечались нарушения дыхательной функции (пневмопатия, синдром дыхательных расстройств). Все дети 2-й группы переведены в отделения второго этапа выхаживания новорожденных.

В 3-й группе родилось 18 детей (2 двойни), 9 детей недоношенных (50%), в состоянии гипоксии и асфиксии средней степени тяжести – 13 (72,2%). Признаки ЗВУР и внутриутробной гипотрофии у 9 (50%) детей, ДФ у 8 новорожденных (44,4%). Отек и ишемия головного мозга отмечались у 10 детей (55,6%). Все дети этой группы были переведены в отделения второго этапа выхаживания, из них 11 (61,1%) в отделения реанимации.

В 1 триместре течение диабета было компенсированным у 12 (13%) женщин, у остальных – суб- и декомпенсированным, о чем свидетельствует уровень HbA1c от 6,5 до 10,8%. Во втором триместре компенсация углеводного обмена была достигнута у 34 женщин (37%), субкомпенсация отмечалась у 33 (35,9%), декомпенсация – у 25 (27,1%). В третьем триместре компенсация диабета имела место у 63 беременной (68,5%), субкомпенсированное течение наблюдалось у 24 (26,1%), декомпенсированное – у 5 (5,4%).

Гликемия на протяжении беременности в 1-й и 2-й группах не отличалась, медиана 4,8–6,8 ммоль/л. В 3-й группе медиана гликемии до 24 недель беременности была достоверно ($p = 0,01$) выше, чем в 1-й и 2-й группах и составила 6,5–9

ммоль/л. После 24 недель показатели гликемии в 3-й группе достоверно не отличались от 1-й и 2-й.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у женщин с СД 2 типа существует достоверная взаимосвязь между показателями гликемии в 1-м и 2-м триместрах гестации и тяжелым ПП ЦНС (p = 0,01), а также досрочным родоразрешением (p = 0,03).

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Мусаев О.Х., Мусаева К.О.

Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным литературы, частота АР при тазовом предлежании плода колеблется от 45 до 83%, что негативно влияет на здоровье матери и плода: на матке остается рубец, имеется опасность анестезиологических и гнойно-септических осложнений, возрастает перинатальная заболеваемость и смертность. В последние годы в Республиканском родильном доме, в амбулаторных условиях, нами проводился НАП на головку при тазовых предлежаниях и неправильных положениях плода, что позволило значительно снизить АР и связанные с ним осложнения. В доступной литературе мы не нашли работы, посвященные НАП в амбулаторных условиях.

ЦЕЛЬ

Изучить влияние НАП, проведенного в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

После осмотра, сбора анамнеза, получения информированного согласия, производства УЗИ и применения спазмолитиков, под контролем УЗИ, нами произведен НАП плода на головку 320 беременным при тазовых предлежаниях и неправильных положениях плода. В последующем в течение 30–40 минут проводилось наблюдение за состоянием плода и беременной (АД, ЧСС матери, КТГ, допплерометрия плода), после чего беременных курировали врачи женских консультаций.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Затем в течение 30–40 минут проводилось наблюдение за состоянием плода и беременной (АД, ЧСС матери, КТГ, допплерометрия плода), после чего беременных курировали врачи женских консультаций. НАП плода на головку производился в сроки беременности 34–36 недель у 185 (57,8%) беременных, 37–38 недель у 135 (42,2%). В 17 (5,3%) наблюдениях после поворота производили фиксацию плода. В процессе НАП и после его выполнения, мы не наблюдали осложнений, связанных непосредственно с пособием. Из 320 беременных первородящих было 107 (33,4%), повторнородящих 167 (52,2%) и многорожавших 46 (14,4%). В 283 случаях из 320 НАП произведен при тазовом предлежании и в 37 при поперечном положении плода. Среди беременных, которым выполнен НАП, с анемией легкой и средней степени тяжести были – 50, резус-отрицательной кровью, без признаков сенсибилизации – 21, варикозной болезнью – 8, заболеванием почек – 5, ожирением – 12. Осложнений, связанных с производством НАП, не отмечалось. В 4 случаях плод повернулся в тазовое предлежание и в 2 – в поперечное положение, что послужило показаниями к АР.

В родах возникли следующие осложнения: несвоевременное излитие околоплодных вод у 48 (17,1%), угрожающий разрыв промежности – 34 (12,1%), разрыв промежности, стенок влагалища и шейки матки – 17 (6,0%), слабость родовой деятельности – 11 (3,5%), упорная в 3 случаях.

Через естественные родовые пути родоразрешилось 280 (87,5%) женщин, 40 (12,5%) произведено КС. В 3 случаях произведена вакуум-экстракция плода по показаниям: низкое поперечное состояние стреловидного шва и слабость потуг. В связи с послеродовым кровотечением произведено ручное отделение и выделение последа в 4 случаях и ручное обследование

полости матки в 3. Состояние новорожденных оценено по Апгар 7–10 баллов у 301 (94,0%), 5–6 у 19 (6,0%). Масса тела новорожденных колебалась от 2500–3000 у 35 (10,9%), от 3100–3500 – 111 (34,7%), от 3600–4000 – 123 (38,4%), от 4100 и более – 51 (16%). Осложнений в раннем послеродовом периоде не наблюдалось, новорожденные выписаны вовремя. Из 320 новорожденных мужского пола были 180 (56,2%), женского – 140 (43,8%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, мы считаем возможным и экономически выгодным производство НАП на головку при тазовых предлежаниях и неправильных положениях плода в амбулаторных условиях при сроках беременности 34–38 недель, строго соблюдая показания, условия, противопоказания.

ИСХОДЫ РОДОВ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКО И СПОНТАННО НАСТУПИВШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Нагайцева Е.А., Серова Н.С.

ГКБ №40, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Плацентарная недостаточность ключевая проблема акушерства, неонатологии, патологии анте- и перенатального периода.

ЦЕЛЬ

Сравнить исходы родов у женщин после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и спонтанно наступившей беременности при плацентарной недостаточности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен проспективный анализ исходов родов, ультразвуковых данных при плацентарной недостаточности в 81 наблюдений (I группа) после ЭКО и 88 случаях (II группа) со спонтанно наступившей беременностью.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У обследуемой группы пациенток беременность закончилась родами в срок в 37–40 недель у I группы в (n=66; 81, 5%) наблюдениях из них с нормальным весом 53 и с задержкой роста плода (ЗРП) 13 новорожденных. Во II группе с нормальным весом родилось (n=67; 76,1%), из них с ЗРП – 26 плодов и 3 крупных плода (4600–5400 г). Преждевременные роды в сроках 29–36 недель беременности были у женщин после ЭКО (n =15;18,5 %) случаях из них с нормальным для данного гестационного срока родилось 10 плодов и с ЗРП – 5 детей. У спонтанно наступившей беременности произошли преждевременные роды в (n =21; 23,9%) случае с нормальным весом родилось 3, а с ЗРП 18 новорожденных. Самопроизвольными в I группе были (n=12; 14,8%) родов, во II группе (n =41; 46,6%). Роды операцией кесарево сечение закончились у пациенток после ЭКО и в (n=69;82,5%) случаев в основном в плановом порядке, как у группы высокого риска, а в (n=47;53,4%) у спонтанно наступившей беременности. Переходу нормального течения родов в патологический способствовал срыв компенсаторных механизмов в системе «мать – плацента – плод– и прогрессивное ухудшением плодово-плацентарного кровообращения. Компенсированное – IA или I Б нарушения кровотока выявлена у (n=24;29,5%) I группы и у (n=36;40,9%) II группы. Декомпенсированное нарушение гемодинамики или II степень у женщин после ЭКО не было выявлено, а у спонтанно наступившей беременности в (n=5;5,7%) наблюдений. Критическое или III–IV степень нарушение кровотока встречались в I группе в (n=2;2,5%) случаев и в (n=4;4,5%) во II группе. У всех пациенток со спонтанно наступившей беременностью и после ЭКО по УЗИ присутствовали эхо – признаки плацентарной дисфункции в виде маловодия, гипо – или гиперплазии, краевого прикрепления плаценты, несоответствие степени зрелости плаценты, ЗРП, нарушения кровотока. Наиболее частым показанием к оперативному родоразрешению был диагноз плацентарной недостаточности (декомпенсированная и критическая форма) и преобладал у женщин со спонтанно наступившей беременностью в (n=20 22,7 %) случаях по сравнению с пациентками поле ЭКО всего (n=8; 10 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Частота плацентарной дисфункции у женщин со спонтанно наступившей беременностью в 1,7 раза была выше, чем у пациенток после ЭКО, это повышало процент ЗРП, кесаревых сечений по ПН.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Нигаметзянова Г.Р., Коваль Е.А., Зайнетдинова Л.Ф., Куренков Е.Л.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из важнейших проблем современного акушерства является невынашивание беременности. Особое место при невынашивании беременности занимает неразвивающаяся беременность (НБ). Несмотря на успехи в лечении, частота ее остается стабильно высокой, составляя 10–20% от всех желанных беременностей. При НБ выделяют 2 формы: анэмбриония и гибель эмбриона.

ЦЕЛЬ

Провести сравнительный анализ анамнестических данных у женщин с разными формами НБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 477 историй болезни пациенток с НБ на сроке до 12 недель (основная группа). Среди основной группы выделены две. В I группу включены 297 (62,3%) женщин с НБ по типу гибели эмбриона, во II группу – 180 (37,7%) женщин с НБ по типу анэмбрионии. Контрольную группу составили 200 женщин, не страдающих невынашиванием беременности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациенток I группы составил 30,38± 6,02 лет, II-й – 29,05±5,76 лет. Выявлена взаимосвязь между частотой встречаемости воспалительных заболеваний органов малого таза и НБ. Среди женщин с НБ воспалительными заболеваниями органов малого таза страдали 47,4%, в контрольной группе 19% (p= 0,01). Выявлена достоверная зависимость между частотой искусственных абортов и лечебно-диагностических выскабливаний в анамнезе и последующей НБ (p=0,02). У 202 (42,35%) женщин с НБ были ранее искусственные аборты. Это в 2 раза больше, чем в контрольной группе (25,5%). В группе женщин с НБ по типу гибели эмбриона искусственное прерывание беременности было у 134 (45%), в группе с анэмбрионией у 68 (37,8 %). Лечебное диагностическое выскабливание стенок полости матки в анамнезе у 273 (57,23%) женщин с НБ, в контрольной группе у 60 (30%) женщин. Среди пациенток с НБ по типу гибели эмбриона лечебно-диагностическое выскабливание стенок полости матки перенесли ранее 181 (61%), с анэмбрионией 92(51%) женщины. По данным анамнеза выявлена зависимость формы НБ от срока гестации. В группе женщин с гибелью эмбриона средний гестационный срок прерывания беременности составил 7,6± 1,34 недель. В 30,98% случаях гибель эмбриона произошла на срок 8 недель, в 28,3% – 7 недель беременности. В группе с анэмбрионией средний гестационный срок 4,03±1,17 недели. В 43,9% случаях беременность перестала развиваться на сроке до 5 недель (p=0,03). При обеих формах НБ преобладали женщины с началом половой жизни после 18 лет. Раннее начало половой жизни наблюдалось у 78 (26,3%) женщин с НБ по типу гибели эмбриона и у 48 (26,7%) с анэмбрионией. Сравнительный анализ частоты разных форм НБ в зависимости от паритета выявил достоверные различия. Первобеременных женщин в группе с гибелью эмбриона было 59 (19,9%), с анэмбрионией 56 (31%) (p=0,03). Две и более потери беременности были в анамнезе у 91 (30,6%) пациентки с НБ по типу гибели эмбриона и у 37 (20,5%) с анэмбрионией (p= 0,04). При сравнительном анализе частоты кесарева сечения у женщин с разными формами НБ, основной и контрольной группы, различий

не получено: в группе с гибелью эмбриона оперативные роды были у 50 (16,8%), с анэмбрионией у 27 (15%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, для женщин с НБ характерно наличие в анамнезе воспалительных заболеваний репродуктивных органов, частых абортов и лечебно-диагностических выскабливаний стенок полости матки. Анализ данных анамнеза женщин с разными формами НБ позволил выявить некоторые особенности: анэмбриония наблюдается на более ранних сроках гестации, чаще у первобеременных. Гибель эмбриона характеризуется более поздним сроком гестации, наблюдается более часто у женщин с привычным невынашиванием беременности.

ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ВРОЖДЁННОГО ИММУНИТЕТА В ОБРАЗЦАХ МИОМЕТРИЯ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Низяева Н.В., Куликова Г.В., Наговицына М.Н., Логинова Н.С., Хлестова Г.В., Баев О.Р., Кан Н.Е., Щёголев А.И.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Известно, что для преэклампсии (ПЭ) характерно переключение с провоспалительного ответа Th2 на провоспалительный Th1. Одной из причин этого может явиться активация рецепторов антибактериальной и противовирусной защиты, в т.ч. посредством стимуляции молекулами, связанными с повреждением клеток, т.е. воспалительная реакция может быть запущена как с участием, так и без участия инфекционных агентов. К рецепторам противовирусного иммунитета относятся RIG-подобные и NOD-подобные рецепторы. Считается, что при ПЭ фрагменты ДНК и РНК могут явиться лигандами к паттерн-распознающим рецепторам, активируя воспалительные каскады и способствуя выработке провоспалительных цитокинов.

ЦЕЛЬ

Изучение экспрессии рецепторов врождённого иммунитета RIG-1 и NOD-1 в образцах миометрия при ранней и поздней преэклампсии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на образцах миометрия и децидуальной пластинке (ДП) плаценты от 50 женщин 25–39 недель гестации, родоразрешённых путём кесарева сечения, из которых 15 пациенток страдали ранней преэклампсией (РПЭ) (с клиническими проявлениями до 34 недель), и 15 – поздней преэклампсией (ППЭ) (с клиническими проявлениями после 34 недель); в группы контроля включены 10 женщин с физиологическим течением беременности 38–39 недель гестации (КП); группу Кр составили 10 пациенток 25–30 недель гестации (КР) с другой патологией без признаков ПЭ. Образцы миометрия и ДП плаценты предварительно фиксированы в 10% формалине. На серийных парафиновых срезах выполнено гистологическое исследование (окр. гем.-эоз), проведено иммуногистохимическое исследование с антителами к RIG-1 (1:500, Genetex, USA) и NOD-1 (1:100; Thermo Fisher Scientific, USA). Продукты положительной реакции выявлялись в клетках в виде коричневого окрашивания. Оценка интенсивности окрашивания проведена полуколичественным методом в баллах: 0 – окрашивание отсутствует; 1 балл – слабое окрашивание – 2 балла – умеренное окрашивание, 3 балла – выраженное окрашивание.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате гистологического исследования при РПЭ выявлена инфильтрация лимфоцитами ДП в 7 (из 15) случаев, а очаговые некрозы децидуальной пластинки – в 3 (из 15) наблюдениях. В группе ППЭ лимфоидная инфильтрация децидуальной пластинки была выявлена в 6 (из 15) наблюдений, очаговые некрозы децидуальной пластинки – в 8 (из 15) случаях. В группе КР лимфоидная инфильтрация ДП была в 4 (из 10) образцах плаценты; некрозы и дистрофия – в 3-х образцах. При КП рассеянная лимфоидная инфильтрация ДП присутствовала у 6 (из 10) жен-

щин мелкие фокусы некроза ДП имели место в 3-х образцах. Иммуногистохимически оценена экспрессия RIG-1 и NOD-1 в гладкомышечных и фибробластоподобных клетках миометрия, децидуальной оболочке (в субпопуляции малых и больших децидуальных клеток). При изучения образцов миометрия в группе КР окрашивание было минимальным. При РПЭ – на фоне слабого окрашивания гладкомышечных клеток (1 балл) отмечалось окрашивание фибробластоподобных клеток миометрия (ФКМ), что составило для NOD-1 – 1 балл, для RIG-1 – 2 балла. В группе КП – экспрессия гладкомышечных клеток и ФКМ соответствовала 1 баллу. При ППЭ экспрессия в гладкомышечных клетках для RIG-1 и NOD-1 составила в среднем 2 балла, а в ФКМ – экспрессия для NOD-1 – 1–2 балла, для RIG – 3 балла.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в результате исследования установлено, что экспрессия RIG-1 и NOD-1 в миометрии зависит от срока беременности и типа преэклампсии.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕДА И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЗРП

Никитина Е.В., Гудная Е.С., Банкрашкова К.В.

БГМУ, г. Минск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синдром задержки роста плода (СЗРП) – несоответствие размеров плода гестационному возрасту. Частота СЗРП колеблется в разных странах мира от 3.5% до 30%, занимая важное место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности.

У детей с диагнозом СЗРП отмечается замедленный рост, задержка психомоторного развития, функциональные нарушения ЦНС и повышенная подверженность инфекционным заболеваниям.

ЦЕЛЬ

Установить морфологические изменения последа при наличии СЗРП. Выяснить факторы риска СЗРП и сроки диагностики СЗРП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были проанализированы истории родов УЗ «6 ГКБ» г. Минска с января 2013 по декабрь 2015 года. В основную группу вошли 44 истории родов с СЗРП, в контрольную группу – 30 историй родов без данной патологии. С помощью программы Statistica 10.0. проведен статистический анализ течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с СЗРП, а также гистологических изменений последа при данной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате исследования определено, что постановка диагноза СЗРП по данным УЗИ наиболее часто осуществлялась на 34–37 неделях гестации. При этом СЗРП 1-й степени был выявлен в 72,72% случаев, 2-й степени 22,72%, 3-й степени в 4,56% случаев.

Частота возникновения хронической фетоплацентарной недостаточности в основной группе составила 70,45%, в контрольной группе – 10% (в 7 раз ниже). Нарушения маточно-плацентарного кровотока были выявлены у 31,82% беременных основной группы и у 13,36% контрольной группы. В основной группе в 5,45 раз чаще отмечалась хроническая никотиновая интоксикация, в 2 раза чаще – эрозия шейки матки и аномалии развития матки, в 8,12 раз – гестозы, в 3 раза чаще выявлялось маловодие.

При анализе результатов гистологического исследования последа выяснилось, что в основной группе в 2,39 раз чаще встречались воспалительные изменения (гнойный и серозный очаговый децидуит, субхориальный интервиллузит, базальный децидуит). В 3,18 раз чаще встречались компенсаторно-приспособительные изменения, в том числе ангиоматоз, хорангиоз, фиброз стромы ворсин, облитеративная ангиопатия, кальциноз ворсинчатого хориона. В основной группе в 4,55% случаев отмечались инфаркты плаценты, в 18,18% нарушения созревания ворсинчатого хориона, чего не отмечалось в контрольной группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, СЗРП (по данным УЗИ) наиболее часто диагностируется на 34–37 неделях гестации с преобладанием асимметричной формы (63,6%). При наличии СЗРП отмечается увеличение частоты гестозов и маловодия. Наличие ХФПН на фоне нарушения маточно-плацентарного кровотока, хронической никотиновой интоксикации и воспалительных изменений в организме беременной привело к формированию СЗРП. При СЗРП чаще встречаются нарушения созревания ворсинчатого хориона, воспалительные и компенсаторно-приспособительные изменения последа. Необходимо для выявления СЗРП производить дополнительное УЗИ исследование в сроке 35– 37 недель беременности.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА И ИММУНОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ

Никологорская Е.В.

СПБ ГБУЗ «Родильный дом №1», специализированный, г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Реабилитация женщин, перенесших потерю беременности, в последнее время приобретает все большую актуальность. Выявление нарушений иммунитета, в частности в системе интерферона, доступными и экономичными методами, при этой мультифакторной патологии, позволяет улучшить прегравидарную подготовку, сделать ее более дифференцированной и эффективной.

ЦЕЛЬ

Целью исследования была оценка особенностей интерферонового статуса (ИФНс) у женщин с привычным невынашиванием беременности (ПНБ) в анамнезе, и анализ эффективности проводимой иммунотерапии, для оптимизации методов коррекции нарушений в системе интерферона (ИФН) на прегравидарном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали 78 женщин с первичным ПНБ, которые наблюдались амбулаторно и получали лечение в Центре от 23 до 38 лет, имеющие 2 и более потери беременности в анамнезе. Исключались пациентки с нормальным ИФНс, таких было 20,6% от числа всех наблюдавшихся в Центре, в преобладающем большинстве это женщины с вторичным невынашиванием беременности в другом браке, имеющие в анамнезе роды, медаборты. Так же исключались лица с тяжелыми соматическими заболеваниями.

Всем пациенткам проводился полный объем исследований, включающий: генетическое обследование пары, бактериологическое обследование, серологическое обследование, гормональное обследование, исследование углеводного обмена (ПТГ, инсулин), ультразвуковое обследование, биопсия эндометрия (5–10 д.ц. или 22–24 д.ц.), иммуногистохимическое определение NK-клеток и рецепторов к Е2 и Р в эндометрии, иммунологическое обследование (АФА ВТ, кардиолипиновые, к β2-гликопротеину, аннексину-5, ASA, АЭА, антинуклеарные а/т), наследственные факторы, связанные с тромбофилией (5), обследование гемостаза (коагулограмма с изучением фибринолитического звена и агрегации тромбоцитов, гомоцистеин)

Обязательным звеном обследования являлось определение интерферонового статуса, в который входило две группы показателей: сывороточный (циркулирующий или спонтанный) интерферон, индуцированные интерфероны α/β и γ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди всех обследованных пациенток умеренная реакция ИФНс (иммунная система в состоянии поддерживать некоторый уровень защиты, но для усиления ответа необходима дополнительная стимуляция) была выявлена у 49,4%, из них сформировали I группу, в нее вошли 38 человек.

Недостаточная реакция ИФНс (иммунная система ослабленная, реактивность защитных систем недостаточна для прекращения развития заболевания, иммунная система не в состоянии длительно поддерживать необходимый уровень

защитных факторов) наблюдалась у 30,0% женщин, которые вошли во II группу – 40 человек. Обследовано 78 женщин, имеющих в анамнезе две и более потери беременности в I триместре. В объем обследования входило изучение ИФНс с определением циркулирующих интерферонов и ИФН-продуцирующей активности клеток крови. Проведен анализ эффективности проводимой иммунотерапии у женщин с разными типами ИФНс.

Исследование показало, что у женщин с ПНБ в анамнезе выявляются два типа нарушений в системе интерферона: умеренная реакция и недостаточная реакция ИФНс. Среди женщин с ПНБ в анамнезе отмечалась высокая частота заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). У каждой четвертой пациентки выявлялся дефицит массы тела. У женщин с умеренной реакцией ИФНс применение иммуностимуляторов оказалось эффективным только у 34,2%, у 26,3% – вызвало угнетение ИФН-продуцирующей активности клеток. У пациенток с худшим вариантом ИФНс при недостаточной реакции выявлена высокая эффективность применения иммунозаместителей в комплексе с энзимотерапией. Это позволило улучшить реакцию ИФНс у 80,0% женщин, угнетение ИФН-продуцирующей активности клеток наблюдалось только у 2,5%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у женщин с ПНБ в анамнезе, при выявлении умеренной реакции и недостаточной реакции ИФНс, кроме иммуностимуляторов, наиболее эффективным вариантом коррекции является комбинация иммунозаместителей с Вобэнзимом, проявляющим доказанную иммунорегулирующую активность. Включение Вобэнзима в комлексное лечение нарушений в системе интерферона у женщин с ПНБ и высокой частотой заболеваний ЖКТ является патогенетически обоснованным и достоверно улучшает показатели интерферонового статуса через три месяца применения.

РОЛЬ И МЕСТО МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Нурмагомедова П.М.

Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала

АКТУАЛЬНОСТЬ

В исследование были включены 25 преэклампсии и 12 женщин с физиологическим течением беременности. Выявлена прогностическая и диагностическая значимость определения содержания в крови тромбомодулина, фактора Виллебранда и адгезию тромбоцитов.

ЦЕЛЬ

Оценить уровень тромбомодулина (ТМ) и фактора Виллебранда как специфических маркеров при развитии преэклампсии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 25 пациенток I и II триместров беременности (срок гестации до 26,8 ± 1,16 недель). В основную группу были включены 15 пациенток I и II триместра беременности с угрозой преэклампсии (средний возраст 25,6 ± 1,01 лет). Группа контроля составили 12 женщин аналогичных сроков гестации с физиологически протекающей беременностью.

Определение содержания ТМ выполнялось методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA) на спектрофотометре модели Anthos (Австрия) с использованием реактива производства Diaclon (Франция); активность vWF оценивался с помощью агрегометра Solar Ap 2110 с использованием набора фирмы Dade Behring (Германия).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатели содержание ТМ статически изменялось лишь во II триместре беременности (9,7 ± 1,8 нг/мл), когда имелась тенденция к повышению содержания уровня ТМ в крови у женщин с угрозой преэклампсии по отношению к женщинам с угрозой преэклампсии в I триместре (89 ± 0,9 нг/

мл). В группе контроля данный показатель составил 6,7 ± 0,8 нг/мл и 0,9 ± 1,1 нг/мл беременных I и II триместра соответственно ($p < 0,01$). Показатели активности адгезивного протеина (vWF) у беременных с угрозой развития преэклампсии составила 187,9 ± 3,11%, что достоверно ($p < 0,05$) выше контрольного норматива 86,7 ± 8,15%. Данный факт свидетельствует о повышении адгезивных свойств эндотелия при угрозе развития преэклампсии что было подтверждено оценкой степени адгезии тромбоцитов к коллагену (как матриксу эндотелиальной интимы), последняя составила 28,8 ± 3,16% (при контроле 17,8 ± 1,18%, $p < 0,05$), демонстрируя положительную корреляцию между степенью клеточно-эндотелиальной адгезией и активностью vWF в плазме у беременных с риском развития. Данный маркер повреждения эндотелия имеет тенденцию к повышению параллельно с увеличением гестационного срока и ассоциируется в повышенной угрозой преэклампсии, возникающей во втором триместре беременности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, повышение уровня ТМ и активности vWF свидетельствует об усилении тромбогенности эндотелия матки, снижению антитромботического потенциала трофобласта и развивающегося эмбриона. Несвоевременные диагностика тромбофилии коррекция нарушений гемостаза являются причиной развития эндотелиоза и осложнений беременности с развитием преэклампсии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ФБГНУ НИИ «АГИР ИМ. Д.О. ОТТА» В 2014–2015 ГГ.

Оганян К.А.

Медицинский факультет СПбГУ, г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преждевременные роды являются не только медицинской, но и социально-экономической проблемой. Перинатальная смертность недоношенных новорожденных составляет примерно 50 %, по сравнению с доношенными. Кроме того, преждевременные роды являются причиной высокой родовой травматизации и заболеваемости недоношенных новорожденных. Частота и тяжесть неблагоприятных исходов зависит от гестационного срока и качества медицинской помощи. Также необходимо учитывать и экономические затраты, направленные на лечение этих новорожденных. Несмотря на усилия научного и практического акушерства, частота преждевременных родов за последнее десятилетие не снижается.

ЦЕЛЬ

Определить частоту и перинатальные исходы при преждевременных родах, произошедших в НИИ АГиР им. Д.О. Отта в 2014–2015 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В НИИ АГиР им. Д.О. Отта проведен ретроспективный анализ 6134 историй родов, из них 3024 истории родов за 2014 г. и 3110 истории родов за 2015 г. Статистический анализ произведен с помощью критерия Хи–квадрат или точного теста Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота преждевременных родов за 2014 г. составила 7,6% (229/3024), за 2015 г. – 8,6% (266/3110) ($p = 0,159$) случаев. За 2014–2015 гг. из преждевременных родов с неблагоприятным перинатальным исходом очень ранние преждевременные роды составили 72,72 % (16/22), ранние преждевременные роды – 22,72 % (5/22), преждевременные роды – 4,56% случаев. Вес новорожденных в 2014 г. составил от 370 грамм до 1950 грамм, в 2015 г. – от 300 грамм до 1980 грамм. Всего неблагоприятных перинатальных исходов при преждевременных родах за 2014–2015 гг. произошло в 9,1% (22/495) случае. При этом антенатальная гибель плода из всех преждевременных родов за 2014–2015 гг. составила 5,2% (13/495), интранатальная гибель – 1,3% (3/495), ранняя неонатальная гибель – 2,1% (5/495), неонатальная гибель – 0,4% (1/495) случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В нашем исследовании не выявлено статистически значимой разницы в частоте неблагоприятных перинатальных исходов преждевременных родов по данным ФБГНУ НИИ АГиР им. Д.О. Отта в 2014–2015 гг. Однако, все неблагоприятные исходы произошли при очень ранних и ранних преждевременных родах.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

Панова И.А., Рокотянская Е.А., Малышкина А.И., Кудряшова А.В., Сытова Л.А.

ФГБУ «ИвНИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава РФ, г. Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальность поиска новых факторов риска и критериев диагностики развития преэклампсии (ПЭ) при беременности у женщин с хронической артериальной гипертензией (ХАГ) связана с тем, что артериальная гипертензия (АГ) во время гестации является широко распространенным и очень опасным осложнением. В последнее время отмечено увеличение распространенности АГ во время беременности за счет ее хронических форм. По данным зарубежных авторов у 78% женщин с тяжелой ХАГ и у 20–25% беременных с АГ 1 степени возникает ПЭ.

ЦЕЛЬ

Уточнить факторы риска присоединения ПЭ у беременных женщин с ХАГ и разработать критерии диагностики развития ПЭ у данной группы пациенток на основании изучения экспрессии молекул клеточной адгезии (CD11b, CD11c, CD31, CD49b, CD56, CD62L, CD99) нейтрофилами и моноцитами венозной крови.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе ФГБУ «ИвНИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России было обследовано 114 беременных женщин в сроке 20-–7 недель. 1-я группа – 36 женщин с ХАГ, 2-я – 33 пациентки с ХАГ с присоединившейся ПЭ. Контрольную группу составили 45 женщин без гипертензии. Материалом для исследования являлась периферическая венозная кровь. Определение содержания моноцитов и нейтрофилов, экспрессирующих молекулы адгезии проводилось методом проточной цитофлуориметрии на приборе FACSCanto II (Becton Dickinson, США). В нейтрофильном (CD14-CD45+) и моноцитарном (CD14+CD45+) гейтах определяли относительное содержание CD62L+, CD11b+, CD11c+, CD49b+, CD31+, CD56+, CD99+ клеток. Статистический анализ осуществлялся в пакете программ Microsoft Office 2010, Open Epi, Statistica for Windows 6.0 и MedCalc v7.4.4.1. Достоверность различий между показателями оценивалась по непараметрическому критерию U (Манна-Уитни) и t-критерию (уровень значимости $p<0,05$ считался достоверным).

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании полученных данных выявлены дополнительные факторы риска ПЭ, касающиеся особенностей течения ХАГ у пациентки, которые могут быть определены при постановке на учет и первичном обследовании беременной женщины с ХАГ. Так, стаж артериальной гипертензии более пяти лет увеличивает риск развития ПЭ в 2 раза, вторая стадия гипертонической болезни в 2,2 раза, третья степень артериальной гипертензии в 2,4 раза. В результате проведенных исследований нами обнаружены разнонаправленные изменения экспрессии молекул адгезии периферическими фагоцитами при ПЭ и при ХАГ, что возможно обусловлено различными патогенетическими механизмами формирования гипертензии при данных гипертензивных расстройствах. При проведении ROC-анализа выявлено, что при уровне показателя экспрессии моноцитами молекул CD11b+ более или равном 80,5% у беременных с ХАГ диагностируют ПЭ с чувствительностью 68,2% и специфичностью 76,2%. При значении показателя экспрессии ней-

трофилами молекул CD49b+ более или равном 72,8% у женщин с ХАГ диагностируют ПЭ с чувствительностью 88,5% и специфичностью 91,7%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ведение беременности у женщин с ХАГ с учетом факторов риска, а также определение дополнительных критериев диагностики присоединения ПЭ у пациенток с ХАГ позволит подобрать патогенетически обоснованное лечение, что улучшит перинатальные исходы у данной категории пациенток.

Работа поддержана Грантом Президента РФ №МК-6885.2015.7

ДЕФИЦИТ МАГНИЯ И ЕГО СВЯЗЬ С ДОРОДОВЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Парейшвили В.В., Ситникова О.Г., Вахромеев А.П., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г.

ГУЗ «Родильный дом №1 им. В.С. Гумилевской», г. Тула

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преждевременные роды могут быть вызваны как родовой деятельностью без нарушения целостности плодного пузыря, так и преждевременным разрывом последнего. По данным Радзинского В.Е. и Милованова А.П. в этиопатогенезе преждевременного разрыва плодных оболочек при недоношенной беременности решающая роль отводится факторам, определяющим прочностные характеристики соединительной ткани плодных оболочек. Основными специфическими клетками соединительной ткани с высокой метаболической активностью являются фибробласты, вырабатывающие коллагеновые, ретикулиновые и эластические волокна и формирующие архитектонику соединительной ткани. Физиологическим фактором синтеза коллагена фибробластами является магний – один из ключевых макроэлементов по степени важности для организма человека. Сведения о содержании магния в различных биосубстратах при недифференцированной дисплазии соединительной ткани (нДСТ) и дородовом излитии околоплодных вод в сроках недоношенной беременности малочисленны.

ЦЕЛЬ

Выявление содержания магния в нескольких биосубстратах (сыворотке крови, эритроцитах, гомогенизате плодных оболочек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 100 женщин при беременности 22–36 недель. Основную группу (50 человек) составили пациентки с нДСТ при сроках гестации 22–36 недель с дородовым излитием околоплодных вод. В контрольную группу вошли 50 беременных без признаков нДСТ с дородовым излитием околоплодных вод. Определение магния в сыворотке крови проводилось на биохимическом анализаторе Sat 450 (Италия), в гемолизате эритроцитов и гомогенизатах тканей децидуальной оболочки плаценты с помощью наборов фирмы «BIOLABO» (Франция). Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 6,0 StatSoft.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Беременные основной группы имели клинические проявления, указывающие на дефицит магния, а именно: гипертонической болезнью и синдромом вегето-сосудистой дистонии страдали 20,0% пациенток; хроническим пиелонефритом – у 16,0%; гипертиреозом и ожирением – 10,0% женщин. На наличие парастезий, синдрома хронической усталости, стрессов, бессонницу, снижение памяти указывали 70,0% женщин, в контроле подобные жалобы имели место лишь у 4,0 % пациенток ($p<0,001$). Показатели магния в сыворотке крови у пациенток основной группы не отличались от группы контроля (0,832±0,01 ммоль/л и 0,831±0,01 соответственно). Магний в гемолизате эритроцитов был ниже у женщин основной группы по сравнению с контролем, однако разница не отличалась достоверностью (1,64±0,25 ммоль/л и 1,9±0,29 соответственно).

Магний в гомогенизатах тканей децидуальной оболочки плаценты у женщин основной группы значительно отличался от такового у женщин группы контроля (основная группа – 12,1±1,55 ммоль/л; контрольная – 22,54±3,72 ммоль/л, p<0,01).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, существенное снижение уровня магния в гомогенизатах тканей децидуальной оболочки плаценты на фоне его нормальных показателей в периферической крови свидетельствует о скрытом дефиците данного катиона у беременных женщин с нДСТ и с целью профилактики дородового излития околоплодных вод диктует необходимость проведения его коррекции.

БЕРЕМЕННОСТЬ РАННИХ СРОКОВ, ДОСТИГНУТАЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДУКЦИИ ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Парейшвили В.В., Радюшкина Е.А.

ГУЗ «Родильный дом №1 им. В.С. Гумилевской», г. Тула

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является наиболее частой патологией среди эндокринного бесплодия у женщин (55,2–94,0%). Основным способом восстановления фертильности у больных СПКЯ в настоящий момент следует считать вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), в результате применения которых достигается беременность в конкретном цикле стимуляции овуляции.

ЦЕЛЬ

Провести анализ особенностей течения ранних сроков беременности, наступившей после индукции овуляции хлортрианизена-кломифена цитратом (КЦ), у женщин с СПКЯ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 53 женщины с синдромом поликистозных яичников при беременности 2–12 недель. Беременность была достигнута с помощью индукции овуляции хлортрианизена-кломифена цитратом по поводу ановуляторного бесплодия (основная группа). Контрольную группу составили 30 практически здоровых женщин с ненарушенной репродуктивной функцией. С целью оценки состояния эмбриона /плода проводили ультразвуковое исследование в сроке 7–12 недель при помощи ультразвукового прибора Prosound L 10 Aloka (Япония). Для изучения маточно-плацентарной, плодово-плацентарной и внутриплацентарной гемодинамики в 7–8, 10, 12 недель регистрировали скорость кровотока в маточных артериях, спиральных артериях, артериях пуповины плода. Для оценки состояния хориона/плаценты и хориально-плацентарного ложа определяли в плазме крови содержание белков, индуцируемых свободными рибосомами материнской (ПАМГ-1 – плацентарный α1 микроглобулин) и плодовой части плаценты (ТБГ – трофобластический β-глобулин). Данные обрабатывали методом вариационной статистики с помощью программы Statistica 6,0 StatSoft.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациенток беременность была прогрессирующей одноплодной маточной. Риск прерывания беременности на ранних сроках у женщин основной группы составлял 81,13%, тогда как в группе контроля – лишь в 6,67% случаев (p<0,001; ОР 12,17, 95% ДИ 3,17–46,72). Начавшееся прерывание беременности сопровождалось наличием кровянистых выделений из половых путей при ретрохориальных и заоболочечных гематомах у 12 (22,67%) пациенток основной группы. Среди беременных с клинической картиной угрожающего и начавшегося выкидыша тахикардия имела место у 46,51% эмбрионов. Раннее маловодие (уменьшенная в объеме амниотическая полость) было у 26 женщин (60,46%). Гипоэхогенные зоны различной величины как проявление хорионита имели место у 11,63% женщин основной группы. При изучении кровотока в маточных артериях у 11 (20,75%) беременных основной группы было выявлено повышение сосудистого сопротивления в сроке 7–12 недель.

Повышение сосудистого сопротивления в спиральных артериях отмечено у 15 (28,3%) женщин основной группы. В группе контроля указанных нарушений не было. Исследование ТБГ и ПАМГ-1 в крови беременных женщин показало, что при угрозе невынашивания в 6–7 недель гестации имел место выраженный дисбаланс: высокий уровень ТБГ при снижении продукции ПАМГ-1, в 10–12 недель был явный дефицит указанных белков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ранние сроки гестации признаками недостаточности плацентарного ложа у женщин с СПКЯ являются ретрохориальные и заоболочечные гематомы, хорионит, нарушение кровотока в маточных и спиральных артериях, диспротеинемия.

ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Перепелова Т.А., Газазян М.Г., Бежин А.И.

ГБОУ ВПО «КГМУ», кафедра акушерства и гинекологии, г. Курск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре показаний к кесареву сечению (КС) во многих странах рубец на матке занимает первое место, составляя 15–23%. Успех вагинальных родов после КС определяется наличием полноценной зоны предшествующего разреза на матке.

ЦЕЛЬ

Изучить морфологические особенности состояния рубца на матке после КС и определить клинико-анамнестические факторы, влияющие на его формирование.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 120 беременных, 80 из которых имели рубец на матке после КС. Первая группа – 39 пациенток, с несостоятельным рубцом на матке по данным морфологического исследования. Вторая группа – 41 пациентка, с отсутствием выраженных патологических изменений в миометрии, 40 пациенток (контрольная группа), впервые родоразрешенные путем КС. У исследуемых изучали данные акушерско-гинекологического статуса, выполняли объективное и морфологическое исследование области рубца на матке, статистическую обработку результатов. При морфологическом исследовании миометрия оценивали критерии: степень разобщенности гладких миоцитов; степень дезорганизации миометрия; интенсивность и распространение гидропической дистрофии и изолирующихся гладких миоцитов. Выраженность каждого критерия оценивали в баллах (от 0 до 3).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 8 (29,5%) женщин первой группы выявлены такие воспалительные заболевания, как сальпингоофорит и эндометрит, что достоверно чаще, чем в контрольной группе – 2 (5,0%) ($p<0,05$), однако статистически значимой корреляции между признаками не выявлено ($\chi^2 = 0,41$, $p>0,05$). Частота эндометрита после КС была вдвое выше в первой группе (15,3%), чем во второй (7,5%) ($p<0,05$). У пациенток с рубцом на матке интервал между предшествующим КС и настоящей беременностью составивший более 6 лет, выявлен в 58,9% случаев. У 25,6% пациенток в первой группе интервал между операциями составил менее 2 лет, что достоверно чаще, чем во второй группе – 4,8% ($\chi^2 = 7,21$, $p<0,01$). Во второй группе беременных шейка матки к доношенному сроку была достоверно чаще «зрелой» (41,4%), чем в первой группе (12,8%) ($\chi^2 = 5,08$, $p<0,05$). При гистологическом исследовании у женщин контрольной группы отмечалось типичное расположение мышечных волокон, отсутствие патологических изменений соединительной ткани и сосудов. У пациенток первой группы область рубца была представлена в виде плотного тяжа фиброзной ткани с большим количеством макрофагов, фибробластов и лимфоцитов, диагностированы гранулемы, окружающие остатки шовного материала в миометрии. Кроме наличия патологических соединительнотканных изменений в области рубца в этой группе отмечалась высокая степень дезорганизации и разобщенности пучков гладких миоцитов ($p=0,04$), значи-

тельная интенсивность и широкое распространение в миометрии гидропической дистрофии и изолирующихся гладких миоцитов (p=0,01). При анализе случаев с наиболее значительными изменениями этих показателей было установлено, что в 46% случаев среди показаний к первому КС в этой группе были аномалии родовой деятельности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К факторам риска по формированию неполноценного рубца на матке относятся: интервал между операциями менее 2 лет; наличие интра- и послеоперационных осложнений после первого КС; «незрелая» шейка матки на доношенном сроке беременности аномалии родовой деятельности среди показаний к первому КС. При морфологическом исследовании для оценки состояния рубца на матке рекомендуется использование предложенных критериев и их балльную оценку от 0 до 3.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ЕДИНСТВЕННЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ СЕРДЦА

Петрухин В.А., Мравян С.Р., Мареева М.Ю., Стоцкая Т.В, Пронина В.П., Мельников А.П.

ГБУЗ МО «МОНИИАГ», г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Изучение подходов ведения беременности и родоразрешения пациенток с единственным желудочком сердца (ЕЖС) обусловлено возможностью вынашивания беременности даже после проведения паллиативных операций на сердце.

Основным признаком порока является сообщение обоих предсердий через митральный и трёхстворчатый клапаны с общим желудочком. При этом пороке сердца возможно проведение операции Фонтена (ОФ), заключающейся в создании анастомоза между легочной артерией, с одной стороны, и верхней половой веной или нижней полой веной, или правым предсердием – с другой.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось изучение ведения беременности и тактики родоразрешения пациенток с ЕЖС, перенесших ОФ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В МОНИИАГ с 2009 по 2016 годы наблюдались 2 женщины с ЕЖС. В 2009 г. пациентка Х., на сроке 31 неделя беременности в связи с излитием околоплодных вод была родоразрешена операцией кесарева сечения под общим наркозом. Ранний послеродовый период осложнился развитием острой сердечной недостаточности. У пациентки развился приступа удушья, снижение PO2, частая предсердная экстрасистолия. У пациентки М., обратившейся в 2015 г. по поводу невынашивания беременности диагностирована сочетанная тромбофилия, а впоследствии – истмико-цервикальная недостаточность. Была родоразрешена на сроке гестации 35 недель беременности в связи с нарушение плодово-плацентарного кровотока. Кардиологических осложнений в родах не отмечено.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Беременные, перенесшие ОФ, характеризуются высокой вероятностью развития преждевременной родовой деятельности, суправентрикулярной аритмии, тромбоэмболических осложнений и сердечной недостаточности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Возможность вынашивания беременности у пациенток с ЕЖС зависит от отдаленных результатов ОФ: толерантности к физической нагрузке, сократительной функции системного желудочка, степени выраженности атриовентрикулярной регургитации.

Учитывая, что после ОФ легочный кровоток осуществляется в основном пассивно и поддерживается высокими центральным венозным давлением (ЦВД) и объемом циркулирующей крови, крайне негативным выглядит кровопотеря в родах, использование диуретиков, периферических вазодилататоров и т.д.

Пассивное осуществление легочного кровотока ставит перед анестезиологом ряд задач: сохранение и поддержание несколько повышенного ЦВД, минимизация внутригрудного

давления при исключении положительного вентиляционного давления и повышения общего легочного сосудистого сопротивления с исключением гиперкарбии, гипоксии и ацидоза. Непосредственно перед родоразрешением в качестве прегидратации и создании высокого ЦВД рекомендуется введение коллоидных растворов до 1000 мл.

Таким образом, наблюдение и родоразрешение женщин с ЕЖС является мультидисциплинарной задачей, предъявляя высокие требования к специалистам смежных специальностей.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Печенкина Н.С., Седавных Е.А.

КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр», г. Киров

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время отмечается рост многоплодной беременности. В Российской Федерации в последние годы каждые сотые роды двойней (Российский статистический ежегодник – 2012). Одновременно значительно ухудшаются перинатальные показатели: уровень смерти при двойнях в 4–11 раз чаще, чем при одноплодной беременности, 1–3 раза от всей перинатальной смерти составляют мертворождения, 2–3 раза – гибель в неонатальном периоде (Заманская Т.А., Буштырева И.О. 2013). Материнская смертность при многоплодной беременности возрастает в 5–7 раз (Макацария Н.А., и соавт., 2013).

ЦЕЛЬ

Снижение частоты осложненного течения родов, пернатальной смертности при многоплодной беременности, проанализировать новые подходы к ведению родов в современных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное исследование родов у 149 пациенток по архивным материалам КОКПЦ за 2015 год.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За десятилетие установлено увеличение многоплодных родов от общего количества родов от 1,3% в 2004 г. до 2,0% в 2015 г. Следует отметить в 2015 г. Роды двойней, когда один плод в тазовом или оба плода в тазовом предлежании встречались у 59,0% беременных. Роды через естественные родовые пути наблюдались в менее одной трети случаев. Монохориальная диамнитическая двойня составила 17,5%%, дихориальная диамниотическая двойня 82,5%. Различий по половой принадлежности не выявлено: новорожденные мужского пола – 48,3%, а женского 51,7%. Продолжительность беременности наблюдалась в пределах от 23 до 39 недель. Преждевременные роды были установлены в 57,1% случаев. Срочные роды наблюдались у 42,9% пациенток. Средний возраст составил 30,6±0,2 лет. Оперативное родоразрешение: плановое или экстренное кесарево сечение было выполнено у 78,5% беременных. Во всех этих случаях планового кесарева сечения пациентки получали предоперационную подготовку в отделении патологии беременности в течение шести дней. Общая кровопотеря во время плановой операции составила в среднем 720± 20мл., при экстренном наблюдалась 860±22мл. Установлено, что при экстренной операции дополнительный хирургический гемостаз (перевязка сосудов матки) применялся в два раза чаще, чем во время плановой. Оценка новорожденного по шкале Апгар на первой минуте во время планового родоразрешения составила 8±1 балл, во время экстренного 7±1 балл, на пятой минуте соответственно 9±1 и 7±1 балл. В 2015 г. наблюдались 5 троен и 1 четверня. Проведена многофункциональная подготовка перед операцией до пяти дней. Исследование показало при плановом родоразрешении троен выполненении инраоперационной профилактики кровотечения пабалом. Рациональная тактика позволила ограничится только поэтапным хирургическим гемостазом (перевязка сосудов матки). Срок родоразрешения у троен составил 32 до 35 недель, вес плодов 1800±30г. В ноябре в КОКПЦ произошли роды четверней: монохориальная триамниотическая тройня и один плод, срок беременности составил – 28,3 недели, вес 680, 930,680,1190 гг.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение своевременной лечебно-диагностической подготовки в стационаре для определения оптимальных сроков родоразрешения пациенток с многоплодной беременностью позволяет снизить осложненное течение родов и улучшить перинатальные показатели.

ПОСТГЕНОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЕ И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Погорелова Т.Н., Гунько В.О., Линде В.А., Никашина А.А., Аллилуев И.А., Ларичкин А.В.

ФГБУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Современные возможности молекулярной медицины позволяют изучать процессы, протекающие в гестационных тканях на разных уровнях, в том числе на постгеномном. Одним из основных составляющих постгеномных исследований является протеомный анализ, направленный на изучение совокупности белков, экспрессированных геномом и создающих качественно новые возможности для уточнения патогенеза осложнений беременности.

Одной из наиболее распространенных акушерских патологий, приводящих к серьезным нарушениям в организмах матери и плода, а в дальнейшем и новорожденного ребенка, является преэклампсия, вопросы патогенеза которой, несмотря на достигнутые успехи в его изучении, остаются недостаточно выясненными. Протеомный анализ плаценты и околоплодных вод (ОВ) при преэклампсии может представить дополнительную информацию о механизмах развития преэклампсии, и, соответственно, будет способствовать созданию панелей диагностических и прогностических маркеров.

ЦЕЛЬ

В связи с этим, цель настоящего исследования – изучение протеомного профиля ОВ и плаценты при физиологической беременности и преэклампсии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование были включены 34 женщины в возрасте 22–34 лет, у 22 из которых беременность протекала без осложнений, а у 12 – осложнилась преэклампсией средней степени тяжести (согласно международной классификации МКБ-10: О14.0). Материалом исследования служили ОВ, взятые у женщин при вскрытии плодного пузыря в I первый период родов, и экстракты плаценты (39–40 недель). При исследовании протеомного профиля нами было использовано сочетание двумерного электрофореза в полиакриламидном геле и время пролетной масс-спектрометрии. Белки идентифицировали с использованием алгоритма анализа пептидного фингерпринта Mascot MS Search (Matrix Science, США) и белковой базы Swiss-Prot и NCBI. Достоверность идентификации рассчитывали по покрытию аминокислотной последовательности белка совпадающими пептидами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты исследований свидетельствуют, что протеомный профиль как плаценты, так и ОВ при гестозе значительно отличается от такового при физиологической беременности, причем среди дифференциально-экспрессирующихся белков особое место занимают ответственные за клеточную пролиферацию, ангиогенез, апоптоз, деградацию дефектных протеинов, регуляцию окислительных и энергетических реакций, баланс про- и антиоксидантов. К числу белков со сниженной экспрессией в плаценте относятся β-актин, 20Sпротеасома, аннексин А4, 60Sкислый рибосомальный белок, в то же время для пероксиредоксина-4, эндоплазмина, α-актина-4, митохондриальной аконитатгидратазы установлена сверхэкспрессия. В ОВ отсутствуют НАДФ·Н-зависимая карбонилредуктаза 3, кальгранулины А и В, белок-1, связывающий ИПФР и появляются дополнительные белки, в том числе белок 1, содержащий AIG2-подобный домен.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушение баланса белков, участвующих в многочисленных регуляторных процессах, может являться пусковым звеном в цепи метаболических нарушений при преэклампсии, а белки отличия служить специфическими маркерами этого осложнения гестации.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ВОЗМОЖЕН ЛИ ДИАГНОЗ В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ?

Покусаева В.Н., Никифоровская Е.Н., Амалицкий В.Ю., Огарева А.С., Григорьева Л.А.

Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Признанным методом диагностики гестационного сахарного диабета на современном этапе является стандартный тест толерантности к глюкозе в 24–28 недель гестации. Однако медицинские вмешательства по коррекции гипергликемии в третьем триместре являются недостаточно эффективными для предотвращения неблагоприятных исходов беременности для матери и плода. В связи с этим остро стоит вопрос о ранних диагностических критериях гестационного диабета. В качестве одного из них, в частности, предлагается использовать тощаковой гликемии (≥5,1 ммоль/л) и/или гликированного гемоглобина в первом триместре беременности. Отметим, что такой подход признается далеко не всеми исследователями. Существует мнение, что уровень глюкозы в 1 триместре (за исключением случаев диагностики манифестного диабета) не имеет существенного клинического значения в отношении прогноза ГСД и связанных с ним осложнений. В отношении гликированного гемоглобина в диагностике ГСД широкомасштабных исследований не проводилось.

ЦЕЛЬ

Определение ассоциации между показателями углеводного обмена в 1 триместре и результатами стандартного теста толерантности к углеводам в 24–28 недель

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное исследование 61 беременной женщин с одноплодной беременностью без указаний на манифестный диабет. Исследовался уровень тощаковой гликемии и гликированного гемоглобина в плазме крови в 11–13 недель беременности. В 24–28 недель проводился стандартный тест толерантности к углеводам с 75 г глюкозы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты свидетельствуют, что постепенное снижение уровня гликемии, которое происходит на протяжении 1 триместра гестации к 11–13 неделям достигает показателей, характерных для более поздних сроков гестации: в 11–13 недель гестации – 4,6±0,6 ммоль/л, в 24–26 недель – 4,4±0,6 ммоль/л (p=0,06). У 10 беременных (16,4%) в конце 1 триместра и у 13 (21,3%) уровень глюкозы в плазме крови соответствует критериям гестационного сахарного диабета. При этом частота аномальных результатов глюкозо-толерантного теста во втором триместре значимо не отличается при диабетическом (4,7±0,4 ммоль/л) и недиабетическом (4,5±0,7 ммоль/л) уровне тощаковой глюкозы в 1 триместре (p=0,51). ГСД реализовали 2 пациентки с уровнем гликемии ≥5,1 ммоль/л и 11 с нормогликемией в 1 триместре (p=0,60).

В отношении показателей гликированного гемоглобина получены аналогичные результаты. У пациенток с ГСД его уровень составил 5,0±0,7%, без ГСД – 5,0±0,8% (p=0,98). Выше 6,5% показатель зарегистрирован у 1 пациентки без других симптомов нарушений углеводного обмена. Сравнительный анализ не выявил разницы в частоте встречаемости различных диапазонов концентрации гликированного гемоглобина при ГСД и без него: до 5,0% – у 5 из 13 (38,5%) и 22 из 48 (45,8%), 5,0–6,5% у 8 (61,5%) и 25 (52,1%) (p>0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования не выявили убедительных данных о диагностическом значении уровня гликемии и уровня гликированного гемоглобина в первом триместре беременности для выявления гестационного диабета. Требуется проведение дальнейшего поиска диагностических маркеров ранних нарушений углеводного обмена.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ СТРЕПТОКОККАМИ ГРУППЫ В (СГВ) В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Поликарпова С.В., Лукина Н.Н., Тимофеева О.Г., Балина В.В., Мехси Н.Т., Жилина С.В., Пивкина Н.В., Бондаренко Н.А.

ГБУЗ «ГКБ №15 им. О.М. Филатова» ДЗМ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Вызванные СГВ (Streptococcus agalactiae) инфекции в акушерском стационаре могут иметь фатальные последствия для новорожденных и нанести серьезный ущерб здоровью матери. СГВ имеют эпидемический потенциал, способны к внутрибольничному распространению. Сейчас роженицы, как правило, не обследованы на СГВ.

ЦЕЛЬ

Поиск путей оптимизации диагностики СГВ у беременных для профилактики генерализованных СГВ инфекций у новорожденных и гнойно-воспалительных заболеваний рожениц.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучали влагалищные мазки 112 беременных с применением культурального метода, ПЦР и иммунохроматографического теста (ИХТ). Посев осуществляли на 5% КА, Мак-Конки, ЖСА, хромогенный агар для S. agalactiae. Бесприборный ИХТ – прямое определение антигенов СГВ в биоматериале. При ПЦР-РВ выполнялось качественное определение СГВ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

СГВ найдены у 6 беременных, результаты культурального и ПЦР исследований совпали в 5 случаях, а в одном – нет, но у данной пациентки ранее выделялся S. agalactiae. Результат ИХТ был отрицательным. ИХТ выявил 5 сомнительных результата (нет контрольных полос). Положительных результатов на СГВ по результатам ИХТ не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Классическое бактериологическое исследование с добавлением хромогенной среды обладает высокой чувствительностью и специфичностью, в данном исследовании сопоставимыми с ПЦР. Ограничения метода – продолжительность исследования (3–4 дня). Достоинства – наличие дополнительных данных о чувствительности S. agalactiae к АМП. Целесообразен для скрининга беременных на сроке 35–37 недель. Продолжительность молекулярного исследования составляет 4–6 часов. Ограничения – доступность только в часы работы лаборатории, высокая стоимость. Достоинства – скорость, высокая чувствительность и специфичность. Целесообразно применять для выявления СГВ у необследованных, поступающих в родах. Достоинством ИХТ является наиболее оптимальное соотношение быстроты, доступности и стоимости определения СГВ. Результат – в течение 15–20 минут, внелабораторный «point of care» тест. В данном исследовании ИХТ не дал положительных результатов, но выборка не репрезентативна. Планируется продолжение исследований для оптимизации диагностики СГВ, результатом которых должна стать выработанная совместно с акушерами стратегия профилактики СГВ-инфекций.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛОДА ДЛЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Попова Н.Г., Игнатко И.В.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова»

АКТУАЛЬНОСТЬ

Расстройства церебрального кровообращения – ведущий механизм формирования поражения головного мозга в перинатальном периоде, развивающиеся у 50–60% недоношенных новорожденных. Инвалидизация детей вследствие перинатальных поражений нервной системы составляет 35–40%.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось выявление морфологических ультразвуковых и допплеромертических особенностей ЦНС плода на фоне угрожающих преждевременных родов в зависимости от срока гестации на момент рождения, и анализ последующих неврологических нарушений у недоношенных детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследовано 96 беременных женщин с диагнозом угрожающих преждевременных родов. Во всех наблюдениях беременность закончилась преждевременно на сроке 22–36 недель. Беременные с преждевременными родами в зависимости от гестационного срока родов были разделены на 4 группы: 22–25+6 (дней) недель, 26–28+6 (дней) недель, 29–32+6 недель, 33–36 недель. Особое значение при ультразвуковой диагностике уделялось оценке структур головного мозга плода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основные показатели фетометрии (БПР, ОГ, ОЖ, ДБ) не отличались общепринятых, соответствовали сроку гестации. При оценке ширины передних рогов боковых желудочков головного мозга отмечается достоверное уменьшение этого размера с увеличением срока беременности. ТО размер изменяется с ростом плода незначительно, что, максимальные величины наблюдались в доношенном сроке – 30 мм, минимальный на сроке 22 недели – 21 мм. При измерении ВКИ отмечается такая же тенденция: величина индекса возрастает с увеличением срока беременности; максимальная наблюдается в доношенном сроке – 26,1 и минимальная – на сроке 22 недели – 25 мм. Скорость кровотока в СМА нарастала, периферическое сопротивление снижалось по мере увеличения срока гестации. Показатели ИР и ПИ в СМА при физиологической беременности и на фоне угрозы преждевременных родов достоверно не отличались. СДО в СМА на фоне угрозы преждевременных родов было значительно выше, чем при неосложненной беременности ($p>0,05$). Наблюдалось постепенное снижение СДО в базилярных артериях при физиологической беременности и на фоне угрозы преждевременных родов. СДО при нормально протекающей беременности было ниже, чем при осложненной. Максимальные показатели отмечались на сроке 22–25 недель. Для оценки венозного кровотока в ЦНС плода были выбраны вена Галена и яремные вены, посредством оценки средней скорости в них. В норме в доношенном сроке скорость в вене Галена составляет – 4,3 см/с. На сроках 22–25 недель и 26–28 недель средняя скорость кровотока в вене Галена как при угрозе, так и в норме были одинаковыми – 7,6 и 8,0 см\с. Достоверные различия выявлены только на сроке 33–36 недель: в норме – 10,0 см/с, при угроза преждевременных родов – 8,7 см/с. На сроке 22–25 недель и 26–28 недель беременности достоверных различия в величинах ПИ в ярёмной вене у плодов при нормально развивающейся и осложнённой беременности не было выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тяжесть степени поражения ЦНС у недоношенных детей зависит от срока гестации при рождении, нарушениями гемодинамики в сосудах вертебрально-базилярного бассейна, происходящими на фоне угрожающих преждевременных родах. Ведущими синдромами поражения ЦНС

были синдром угнетения ЦНС – в 83 (56,08%), синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости – в 39 (26,35%), судорожный синдром – в 4 (2,7%), вегето-висцеральный синдром – в 8 (10,81%), синдром мышечной дисфункции – в 6 (4,05%) наблюдений.

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНА РЕЦЕПТОРА МЕЛАТОНИНА И РИСК РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Попова П.В., Клюшина А.А., Ткачук А.С., Дронова А.В., Болотько Я.А., Герасимов А.С., Зазерская И.Е., Костарева А.А., Гринева Е.Н.

Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

В ряде исследований была показана связь двух однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП) гена рецептора мелатонина 1B (MTNR1B) с уровнем гликемии натощак и риском развития сахарного диабета 2 типа. Данные об ассоциации этих полиморфизмов с развитием гестационного сахарного диабета (ГСД) противоречивы и генетические детерминанты могут различаться в разных популяциях.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования было изучение связи отдельных нуклеотидных полиморфизмов гена MTNR1B с риском развития ГСД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 406 беременных женщин, выполнивших 2-часовой пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы: 172 женщины с ГСД и 234 женщины с нормальной толерантностью к глюкозе (контрольная группа). Диагноз ГСД ставили, согласно «Российскому национальному консенсусу» (2012 г.), при выявлении хотя бы одного значения гликемии из трех: натощак ≥5,1ммоль/л, через 1 час ≥10,0 ммоль/л и через 2 часа ≥8,5 ммоль/л. Отдельные ОНП, rs1387153 и rs10830963, были выявлены с помощью генотипирования на основе ПЦР в режиме реального времени с использованием флуоресцентных зондов. Распределение аллельных вариантов указанных локусов оценивали методом хи-квадрат. Расчет отношения шансов (ОШ) проводили методом логистической регрессии.

Исследование выполнено при поддержке гранта РНФ (проект №15–14–30012).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлена значимая связь между указанными ОНП гена MTNR1B и риском развития ГСД. Генотип TT ОНП rs1387153 выявлен у 15,8% женщин с ГСД и лишь у 4,7% женщин контрольной группы ($p<0.001$). Генотип GG ОНП rs10830963 имел место у 19,2% женщин с ГСД и 4,7% женщин контрольной группы ($p<0.001$). Наличие генотипа GG ОНП rs10830963 повышало риск развития ГСД в 13 раз (ОШ 12,7 (95% доверительный интервал (ДИ) 3,22–50,09; $p < 0,001$), а у гетерозигот с генотипом CG ОНП rs10830963 риск развития ГСД был повышен в 4 раза (ОШ 3,89 95% ДИ 1,76–8,64; $p = 0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Однонуклеотидные полиморфизмы rs1387153 и rs10830963 гена MTNR1B ассоциированы с риском развития ГСД.

ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ЛАКТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ

Приходько А.В., Липатов И.С.

ГБОУ ВПО «СамГМУ» Минздрава России, г. Самара

АКТУАЛЬНОСТЬ

Грудное вскармливание – важнейший фактор, формирующий уровень соматического и психического здоровья человека с первых дней его жизни. Доказано, что лишение младенца естественного вскармливания в дальнейшем увеличивает частоту инфекционных заболеваний и аллергических реакций. Наиболее частой при-

чиной отказа от грудного вскармливания является гипогалактия, которая диагностируется у 26–80% лактирующих женщин. Большое влияние на формирование лактационной функции оказывает течение беременности. При этом наиболее частым и, одновременно, мало изученным в отношении влияния на лактацию осложнением гестации является плацентарная недостаточность (ПН).

ЦЕЛЬ

Выявить связь между осложненным ПН различной степени тяжести течением беременности и нарушением лактационной функции молочной железы в послеродовом периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 115 родильниц с отягощенным ПН различной степени тяжести течением беременности. Дисфункция плаценты в период гестации наблюдалась у 80 женщин (I группа), декомпенсированная и прогрессирующая декомпенсированная ПН выявлена у 35 женщин (II группа). В работе использована клиническая классификация ХПН с балльной оценочной шкалой диагностики степени тяжести ПН А.Н. Стрижакова с соавт. (2012). Оценка лактационной функции проводилась на 4–6-е сутки послеродового периода с помощью расчета количества молока гравиметрическим методом, а также путем оценки клинических проявлений гипогалактии со стороны матери и ребенка. Дополнительно проводили термометрию в области подмышечной впадины и нижнего квадранта левой молочной железы, определение морфотипа мазка секрета молочных желез. В работе применялась статистическая программа STATISTICA-10.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди обследованных женщин I группы, с дисфункцией плаценты в период беременности, гипогалактия была диагностирована у 62% (50 родильниц), ее отсутствие – у 38% (30 родильниц). У женщин II группы, с декомпенсированной и прогрессирующей декомпенсированной ПН, нарушение лактационной функции различной степени тяжести было выявлено у 85% (30 родильниц), нормальная лактация выявлена у 15% (5 родильниц). Общая частота реализации ранней гипогалактии при ХПН различной степени тяжести составила 73,5%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование доказало тесную связь между функциональным состоянием плаценты и течением лактогенеза. Частота реализации гипогалактии в послеродовом периоде напрямую зависит от степени тяжести ПН в период гестации. Беременных с ПН следует относить к группе высокого риска по нарушению становления лактационной функции для проведения целенаправленной превентивной терапии данной патологии.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ СЕКРЕТА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАННЕЙ ГИПОГАЛАКТИИ

Приходько А.В., Тезиков Ю.В.

ГБОУ ВПО «СамГМУ» Минздрава России, г. Самара

АКТУАЛЬНОСТЬ

Молочная железа – важнейший орган женской репродуктивной системы, основная функция которого (лактация) находится под непосредственным влиянием нейроэндокринных механизмов. Лактационная функция женщины реализуется при соблюдении очередности следующих процессов: дифференцировка ткани железы (маммогенез), становление секреции молока (лактогенез) и поддержание выделения молока (лактопоэз). Нарушение лактационной функции в виде гипогалактии встречается со стабильно высокой частотой. При этом в современном акушерстве отсутствует высокоинформативный диагностический метод для прогнозирования гипофункции молочной железы на этапе лактогенеза.

ЦЕЛЬ

Разработать достоверный метод для прогнозирования и своевременной диагностики ранней гипогалактии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 95 родильниц с факторами риска развития гипогалактии за период с 2014 по 2015 гг. на базе ГБУЗ СО СГКБ №2 им. Н.А. Семашко. Обследование проводили методом кристаллографии, который уже зарекомендовал себя в различных областях медицины. Однако, исследование данным методом молозива ранее не проводилось. Забор секрета молочных желез для исследования кристаллографическим методом производилось в момент начала родовой деятельности (или перед оперативным родоразрешением) и в 1-е и 2-е сутки после родов. Верификация диагноза осуществлялась на 4–6-е сутки послеродового периода путем расчета количества молока, необходимого новорожденному в сутки, по формуле Н.Ф. Филатова в модификации Г.И. Зайцевой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди обследованных женщин высокого риска гипогалактия была диагностирована у 65% (62 родильницы), ее отсутствие – у 35% (33 родильницы). Исследование молозива кристаллографическим методом выявило следующую закономерность: при изменении кристаллографической картины в 1-е сутки послеродового периода по сравнению с кристаллограммой, выполненной до родоразрешения, нарушения лактационной функции не регистрировались. При идентичной кристаллографической картине как до родоразрешения, так и в 1-е и 2-е сутки после родов, в 100% наблюдений диагностировалась ранняя гипогалактия. При изменении кристаллографической картины во 2-е сутки послеродового периода, по сравнению с кристаллограммой до родоразрешения, нарушение лактационной функции реализовалось в 70% наблюдений. Тесты клинической эпидемиологии для кристаллографического метода составили: Se 92,1%, Sp 94,2%, P 91,7%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кристаллографический метод исследования секрета молочных желез является неинвазивным, доступным, результативным для прогнозирования и диагностики первичной гипогалактии в первые двое суток послеродового периода, с позиции стандартов доказательной медицины метод является высокоинформативным.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЕДИНСТВЕННО ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ПОЧКИ У БЕРЕМЕННЫХ

Рахимова Ш.С., Додхоева М.Ф., Осими А.С.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе

АКТУАЛЬНОСТЬ

Функциональное состояние почек играет значимую роль в процессе беременности. При единственной функционирующей почке нагрузка увеличивается, тем самым влияя на течение беременности и перинатальные исходы.

ЦЕЛЬ

Целью настоящих исследований явилось изучение функционального состояния единственно функционирующей почки у беременных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оценки функционального состояния единственно функционирующей почки у беременных были проведены лабораторные и инструментальные исследования мочевыделительной системы в Ш-м триместре беременности.

Проспективное наблюдение проводилось за 53 беременными пациентками, которые находились на учете ЦРЗ и госпитализированных в отделения патологии беременных клинических баз кафедры акушерства и гинекологии №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино. При распределении беременных с единственно функционирующей почкой в зависимости от этиологического фактора выяснилось, что 2/3 беременных оказались с единственной почкой в результате нефрэктомии – 32 (60,3%). Беременных со сморщенной почкой оказалось 13 (24,5%), с врожденной единственно функционируюшей почкой – 8 (15,1%). Группу сравнения составили 42 здоровые беременные женщины. Пациенткам были проведены такие исследования как общий анализ мочи функциональные пробы Нечипоренко, Зимницкого и Реберга, а также допплерометрическое исследование почечных сосудов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты исследований показали следующее: изменения анализа мочи в основной и сравниваемой группах в зависимости от этиологии единственной почки были выражены в группе пациенток после нефрэктомии. Белок в моче этих пациенток был равен 0,36±0,31%, в группе сравнения 0,03 ±0,01% (p<0,01), этот параметр был высок и в моче пациенток со сморщенной почкой. В осадке мочи присутствовали большого количества лейкоцитов, а также эпителиальных клеток, особенно выраженных в анализе мочи беременных женщин после нефрэктомии и со сморщенной почкой. При проведении пробы Нечипоренко у пациенток с нефрэктомией количество эритроцитов в 2 раза превышало норму и показателей группы сравнения, количество лейкоцитов почти в два раза было больше у пациенток с врожденной и сморщенной почкой по сравнению с группой сравнения. Показатели пробы Зимницкого показали никтурию у всех пациенток с единственной почкой, но особенно это было выражено в группе после нефрэктомии и с врожденной единственной почкой. Показатели дневного диуреза, также, как и относительная плотность мочи особо не отличались от показателей группы сравнения (p>0,05). Результаты пробы Реберга показало высокую концентрацию мочевины и креатинина крови у пациенток с единственно функционирующей почкой, снижения канальцевой реабсорбции и повышения минутного диуреза (p<0,001). При проведении допплерометрического исследования почечных артерий удалось установить, что полученные результаты исследований беременных пациенток с единственно функционирующей почкой отличались от группы сравнения, хотя разница была недостоверной (p>0,05). В тоже время, V макс (PSV) и индекс резистентности в почечных артериях этих пациенток были выше нормативных величин, приведенных в литературе – 63,15±2,73 и 0,75±0,06 соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании результатов исследования можно заключить, что беременность оказывает дополнительную нагрузку на единственную почку, о чем свидетельствуют достоверные отличия показателей лабораторных и функциональных проб основной группы от группы сравнения.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Рябова С.А.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара

АКТУАЛЬНОСТЬ

Здоровье плода и новорожденного во многом определяется условиями его эмбрионального развития, характером взаимоотношений с организмом матери. Суммарное воздействие наследственных, средовых, пре- и постнатальных факторов, безусловно, затрудняет полноценное течение ранней постнатальной адаптации, увеличивая вероятность формирования хронической патологии у детей. В этой связи, чрезвычайно важным является поиск прогностических маркеров, позволяющих своевременно фиксировать изменения, которые будут свидетельствовать о срыве адаптационно-компенсаторных механизмов у плода и приводить к нарушению адаптации в постнатальный период жизни.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования стала оценка функциональной активности проапоптотических и антиапоптотических факторов в пуповинной крови у беременных с хронической плацентарной недостаточностью (ХПН).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Оценка функциональной активности лимфоцитов по кластеру дифференцировки CD95+ (ЛCD95+) и CD25+ (ЛCD25+), провоспалительного цитокина – фактор некроза опухолей (ФНОα)

проводилась в двух группах беременных. Основную группу составили 50 женщин, беременность которых осложнилась ХПН с нарушенным состоянием плода (задержка роста плода и/или хроническая гипоксия плода). Группу сравнения составили 30 беременных с физиологическим течением гестации и нормальным развитием плода. Материалом для исследования служила проба пуповинной крови плода после рождения. Кровь получали до первого вдоха новорожденного путем пункции сосудов срединного участка пуповины иглой, подсоединенной к гепаринизированному капилляру.

Для идентификации субпопуляции ЛCD95+ и ЛCD25+ использовали метод иммунофлюоресцентного анализа с использованием моноклональных антител (МедБиоСпектор, Россия). Уровень ФНОα в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа с применением наборов моноклональных антител (Протеиновый контур, Россия).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У женщин из основной группы, относительно группы сравнения, уровень ЛCD95+, свидетельствующий о готовности клеток к запрограммированной клеточной гибели, был выше в 1,5 раз ($p<0,05$), а уровень ЛCD25+, являющийся антиапоптотическим фактором, ниже в 1,9 раз ($p<0,05$). В группе беременных с нарушенным состоянием плода уровень провосполительного медиатора межклеточного взаимодействия с проапоптотической активностью, ФНОα, в пуповинной крови на 481,4% превышал показатели, полученные в группе с физиологической гестацией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в ходе проведенного исследования у плодов, от матерей с ХПН, с момента рождения выявлено нарушение баланса в пуповинной крови антиапоптотических и проапоптотических факторов (ЛCD25+, ЛCD95+, ФНОα), что может свидетельствовать о срыве адаптационно-компенсаторных механизмов организма новорожденного и приводить к снижению его защитных функций в постнатальном периоде в результате нарушенной иммунорегуляции.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПАТОЛОГИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

Рябова С.А., Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Овчинникова М.А.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы, несмотря на активную разработку и внедрение в акушерскую практику высокотехнологичных методов оценки состояния беременных высокого перинатального риска и их плодов, продолжает отмечаться тенденция к увеличению морфофункциональных нарушений в фетоплацентарной системе, приводящих к плацентарной недостаточности (ПН), хронической гипоксии плода и задержке его роста.

ЦЕЛЬ

Разработка прогностических критериев патологии фетоплацентарного комплекса на основе изучение динамики маркеров апоптоза, клеточной пролиферации и динамики некоторых медиаторов межклеточного взаимодействия у беременных высокого перинатального риска.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 60 беременных – основная группа. Для отбора женщин в основную группу применялась прогностическая шкала оценки риска тяжелых форм ПН. Группа сравнения – 30 здоровых беременных с благоприятным перинатальным исходом. Контрольная группа – 30 небеременных здоровых женщин. В сроки 6–12 нед., 18–24 нед. всем беременным проведено иммунологическое обследование, включающее определение маркеров апоптоза – лимфоциты с фенотипом CD95+ (ЛCD95+) и фактор некроза опухолей (ФНОα); клеточной пролиферации – фактор роста плаценты (ФРП); уровня цитокинов (ИЛ-1β, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ранние сроки и в середине II триместра гестации у беременных, с последующей реализацией патологии ФПК, определялось достоверно более значимое, по сравнению с группой сравнения ($p<0,05$) и контрольной группой ($p<0,05$), повышение ЛСD95+, снижение ФРП и активация цитокинов, обеспечивающих мобилизацию воспалительного ответа. Анализ данных в 6–12 нед. гестации также выявил достоверные отличия в показателях здоровых беременных с физиологическим течением гестации по сравнению с небеременными здоровыми женщинами ($p<0,05$): уровень ЛСD95+ превышал в 1,3 раза; ФНОα – в 1,2 раза; ИЛ-1β – в 3 раза; ИЛ-2 – в 1,9 раза; ИЛ-6 – в 1,8 раза. Динамика изменения уровней противовоспалительных цитокинов, осуществляющих контроль за эффектами провоспалительных цитокинов, у беременных женщин по сравнению с небеременными характеризовалась увеличением ИЛ-4 в 1,3 раза и ИЛ-10 в 1,1 раза.

В качестве прогностических маркеров недостаточности ФПК следует применять изменения динамики в I-II триместрах уровней ЛСD95+; ФРП; ИЛ-4, ИЛ-6 (Se = 83,9%; Sp = 78,3%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о том, что характер иммунологических перестроек иммунокомпетентных клеток матери в ответ на возрастающую антагонистическую нагрузку чужеродных фетальных антигенов можно зафиксировать по изменению уровня маркеров апоптоза, факторов роста и других медиаторов межклеточных взаимодействий. Именно дисбаланс адаптивных механизмов, начиная с I триместра беременности, может быть первопричиной формирования серьезной патологии ФПК, недостаточной инвазии цитотрофобласта и развития ПН с нарушением трофической и газообменной функций плаценты.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕТОДОВ ОСТАНОВКИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

Самойлова А.В., Охотина Т.Н., Жамлиханова С.С., Петрова А.Л., Жамлиханова Д.Н.

Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, г. Чебоксары

АКТУАЛЬНОСТЬ

Распространенность послеродовых кровотечений (более 500 мл) в мире составляет примерно 6% от всех беременностей, а тяжелых послеродовых кровотечений (более 1000 мл) 1,96%. 70% приходится на послеродовые гипотонические кровотечения, 20% – отслойка плаценты и разрыв матки, 10% – нарушение выделения последа и только 1% – коагулопатия.

На всех этапах беременности (а иногда и до её наступления) обязательно следует выявлять факторы риска массивной кровопотери, как на амбулаторном, так и стационарном уровне оказания помощи беременным женщинам.

ЦЕЛЬ

Провести анализ консервативных методов остановки акушерских кровотечений в раннем послеродовом периоде.

Задачи исследования: изучить акушерский гинекологический анамнез; исследовать течение беременности и родов; определить эффективность различных методов остановки кровотечений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалы и методы: всего было проанализировано 2162 истории родов в акушерском отделении БУ «Президентский перинатальный центр», из них 40 – с акушерскими кровотечениями в раннем послеродовом периоде, 20 – без данной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты исследования: частота соматических заболеваний в основной группе превышала показатели в группе контроля в основном за счет заболеваний мочевыделительной системы (пиелонефриты – 40%, гломерулонефриты – 20%) и эндокринной патологии – 60% (зоб и ожирение). Из гинекологических заболеваний в основной группе преобладали мочеполовые инфекционные заболевания – 20%, доброкачественные опухоли женских половых органов, эндометриоз составлял в основной группе – 30%, а в группе контроля данная патология не встречалась.

В родах у женщин основной группы чаще регистрировалась патология последа – 20%, по сравнению с группой контроля – 0%. По объему кровопотери отмечалась: допустимая (400–500 мл) – 10%; патологическая (500–1000мл) – 70%; массивная кровопотеря (более 1000 мл) – 20%. Эффективность методов остановки кровотечений: ручное обследование полости матки применялось в 100% с эффективностью 55%; клеммирование сосудов по Бакшееву – в 45% с эффективностью 35%; использование рекомбинантных факторов свертывания – в 10% с эффективностью 100%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Факторами риска развития гипотонических акушерских кровотечений в раннем послеродовом периоде являются: соматическая патология (заболевания почек и эндокринные заболевания), гинекологические заболевания (воспалительные, доброкачественные опухоли женских половых органов, эндометриоз, бесплодие), осложнения течения беременности и родов (низкая плацентация и нарушения отделения последа).

Наиболее эффективным методом остановки кровотечения является применение рекомбинантных факторов свертывания – эффективность 100%; ручное обследование полости матки – 55%; клеммирование сосудов по Бакшееву – 35%.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА В РОДАХ

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

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Филиал ГБУЗ «ГКБ имени В.В. Вересаева ДЗМ», г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острая и хроническая гипоксия плода является основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности. Важную роль в развитии острой гипоксии в родах играет существующая при беременности плацентарная недостаточность, которая приводит к истощению компенсаторно-приспособительных реакций плода и неспособности его переносить изменения оксигенации в условиях нормального родового акта.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилось изучение морфологических особенностей строения плаценты при острой гипоксии плода в родах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен анализ 83 случаев острой гипоксии плода в родах. Из обследования исключены роженицы с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, хронической компенсированной плацентарной недостаточностью и ЗРП или гемодинамическими нарушениями и роженицы с конфликтом по пуповине. Все исследуемые были разделены на две группы – первородящие (n=66) 79% и повторнородящие (n=17) 20,5%. Морфологическое исследование плаценты проведено в 66 (80%) случаев. Основными методами родоразрешения, явились операция кесарево сечение в 62,7% случаев и вакуум-экстракция плода в 37,3% случаев, проведенные в экстренном порядке в первые 30 минут после

постановки диагноза. Средний возраст рожениц составил 26±4,7 лет. Контроль за состояние плода проводился с использованием кардиотокографического (КТГ) исследования, оценки характера околоплодных вод.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст беременных обеих групп не имел различий, что приходится на возраст максимальной фертильности. Родоразрешение проведено при «патологическом» типе КТГ, который отмечен в 100% случае острой гипоксии плода, мекониальные околоплодные воды отмечены в 42,2% случаев. В группе новорожденных росто-весовой коэффициент соответствовал параметрам доношенной беременности. Задержка роста плода (ЗРП) не выявлена. В 13,3% случаев отмечена оценка по шкале Апгар на 6–7 баллов и 7–8 баллов в 86,7% случаев, что указывало на своевременность производства родоразрешения. В 7,5% случаев по данным морфологического исследования плаценты выявлено нормальное гистологическое строение плаценты. В 37,8% случаев диагностированы инволютивно-дистрофические изменения в плаценте характеризующиеся афункциональными зонами с множественными синцитиальными узлами, незрелостью ворсинчатого древа, пролиферацией синцитиотрофобласта, в 32% случаев выявлены признаки воспалительных изменений в виде экссудативного мембранита, плацентарного хориоамнионита, интервезулита, сосудистого и стромального фуникулита, базального децидуидита, в 22,7% случаев выявлены компенсаторно-инволюционные изменения плаценты в сочетании с воспалительными изменениями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, морфологическое исследование плаценты показало наличие гистологических признаков плацентарных нарушений в 92,5% случаев. Значимой причиной острой интранатальной гипоксии плода, можно рассматривать истощение компенсаторно-приспособительных реакций плода в условиях даже нормального родового акта на фоне изменений в плаценте инфекционного характера в 32% случаев и инволютивно-дистрофического характера в сочетании с инфекционным в 60,5% случаев.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА

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

ЦКБ с поликлиникой УД президента РФ, Филиал ГБУЗ «ГКБ имени В.В. Вересаева ДЗМ», г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время острая гипоксия плода в родах является основной причиной перинатальной смертности и перинатальной заболеваемости, особенно неврологических нарушений у новорожденных. При надлежащей интерпретации данных кардиотокографии (КТГ) и оперативных действиях со стороны врача-акушера, ведущего роды, гибель плодов, не страдающих хроническими аномалиями и пороками развития абсолютно предотвратима в 50–53% случаев, а в 25% гибель предотвратима с определенной вероятностью (Mattatal F.M., Connel C.M., Baskett T.A., 2005).

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилось изучение основных клинических и диагностических маркеров острой гипоксии плода в родах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 83 случаев острой интранатальной гипоксии плода в родах. Роженицы были разделены на две группы – группа первородящих (n=66) 79% и группа повторнородящих (n=17) 20,5% (только роды в анамнезе составил 58,8%, роды и аборты 41,2% случаев). В группу исследования не включались пациентки с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, хронической компенсированной плацентарной недостаточностью и ЗРП или гемодинамическими нарушениями и роженицы с конфликтом по пуповине. Основными методами родоразрешения, явились операция кесарево сечение проведенная в 62,7% случаев и вакуум-экстракция плода в 37,3% случаев. Контроль за состояние плода проводился с использованием кардиотокографического (КТГ) иссле-

дования оценки характера околоплодных вод. Интерпретация КТГ проводилась по модифицированным рекомендациям FIGO. Основным диагностическим признаком нарушения функционального состояния плода в родах, нами принималась оценка характера реакции сердечного ритма плода на схватку.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст рожениц составил 26±4,7 лет и не имел различий в обеих группах пациенток. В группе пациенток, где отмечены первые роды (n=66), острая гипоксия плода диагностирована при открытии маточного зева до 5 см у 19 (28,7%), от 5 до 10 см у 47 (71,3%) пациенток. Кесарево сечение в этой группе выполнено в 38 (57,6%) случаев, вакуум экстракция в 28 (42,4%) случаев. Острая гипоксия при повторных родах (n=17) диагностирована при открытии маточного зева до 5 см только в 1 (5,9%) случаев, а в 94,1% случаев при 7–10 см открытия маточного зева. В этой группе кесарево сечение проведено в 82,3% случаев, а вакуум-экстракция 17,7% случаев. Патологический тип КТГ отмечен в 100% случае острой гипоксии плода (учитывались – длительные (>90 сек) децелерации с кратковременными (<30 сек) периодами восстановления базального ритма), мекониальные околоплодные воды отмечены в 42,2% случаев. Морфологическое исследование плаценты показало в 92,5% случаев наличие признаков плацентарной недостаточности. Новорожденные оценены по шкале Апгар на 6–7 баллов в 13,3% случаев, 7–8 баллов в 86,7% случаев, что указывает на своевременность выполнения родоразрешения. У всех новорожденных данных за ЗРП, аномалии и пороки развития не выявлены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании выше изложенного следует, что острая интранатальная гипоксия плода чаще отмечена у первородящих (79,5%) и чаще встречалась в конце 1-го периода родов (76,0%). Причиной острой гипоксии плода, можно считать истощение компенсаторно-приспособительных реакций плода и неспособность его переносить изменения оксигенации в условиях нормального родового акта на фоне существующих плацентарных нарушений.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ГЕСТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ

Сонич М.Г., Ульянова Н.Ф.

Клиника акушерства и гинекологии им. Снегирева ПМГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота артериальной гипертензии выросла на треть в развитых странах и не имеет тенденции к снижению, из-за распространенности факторов риска – повышения возраста беременных и числа многоплодных беременностей. Проблема ее лечения при гестации и лактации имеет междисциплинарный характер, кроме того отсутствует достаточная доказательная база эффективности и безопасности фармакотерапии в эти периоды.

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности приема различных групп и схем гипотензивных препаратов в период кормления у пациенток, перенесших разнообразные гипертензивные гестационные осложнения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 380 беременных, наблюдавшихся и родоразрешенных в клинике акушерства и гинекологии ПМГМУ им. И.М. Сеченова в период 2012–15 г. В зависимости от формы перенесенной артериальной гипертензии были выделены следующие группы – 215 пациенток с гестационной артериальной гипертензией (ГАГ), 98 – с умеренной преэклампсией (ПЭ), ПЭ тяжелой степени – 25 человек и 42 с хронической артериальной гипертензией (ХАГ) и присоединившейся ПЭ. Средний возраст колебался от 23 до 45 лет и в среднем составил 34+0,64 года. Медикаментозная коррекция осуществлялась в зависимости от формы АГ до достижения целевого уровня 140/90 мм рт.ст. с верификацией суточного мониторирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У обследованных наблюдались следующие осложнения беременности и родов: угроза прерывания более, чем у половины – 68%, плацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода у 21%, внутриутробная гипоксия плода – у 11%, аномалии родовой деятельности – у 3,8%. Кесарево сечение было выполнено в 68% случаев, в том числе 15,5% при преждевременных родах. Масса тела доношенных детей составила 3150+200гр, гипотрофия отмечена у 11,5% новорожденных. Перинатальных потерь в исследуемых группах не было.

Выбор гипотензивного средства в послеродовом периоде определялся формой гипертензии (АГ) и грудным вскармливанием. Обычно рекомендовались те же лекарственные средства, которые женщина получала при беременности.

Анализ показал, что у 87% пациенток с гестационной артериальной гипертензией (ГАГ) происходила нормализация цифр А/Д к 2–3 суткам послеродового периода без применения лекарственной терапии и лишь 13% понадобилось ее пролонгирование. Препаратом выбора служил метилдопа в дозе 1,5–2 гр./сут. (как неонатально безопасный). 68% пациенток с умеренной ПЭ нуждались в продолжении терапии при лактации, для лечения использовались кардиоселективные В-адреноблокаторы (В-АБ) у 50%, блокаторы медленных кальциевых каналов (БМКК) у 35% (нифедипин), 15% понадобилась комбинация этих препаратов. Все пациентки с тяжелой ПЭ получали гипотензивную терапию в послеродовом периоде, из них 63% – БМКК (нифедипин), 26% – БАБ, а 11% – их комбинацию. Всем пациенткам с ХАГ и присоединившейся ПЭ требовалась гипотензивная терапия из них 82% использовали БАБ и БМКК, а 18% из-за неэффективности последних получали ингибиторы АПФ и прекратили грудное вскармливание (отсутствие информации о неонатальном воздействии).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лекарственная терапия с достижением целевого уровня А/Д определяется формой, перенесенной АГ. Необходима повысить информированность пациенток о возможностях, необходимости и безопасности лекарственной терапии при артериальной гипертензии для увеличения приверженности к лечению. Эти пациентки требуют совместного с терапевтами и кардиологами наблюдения для проведения профилактических мероприятий и предупреждения развития СС катастроф и метаболического синдрома в дальнейшем.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПО ПЕПТИДНОМУ ПРОФИЛЮ МОЧИ

Стародубцева Н.Л., Бугрова А.Е., Кононихин А.С., Чаговец В.В., Ходжаева З.С., Франкевич В.Е.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преэклампсия (ПЭ) – мультисистемное патологическое состояние, возникающее после 20-й недели беременности, характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией. Преэклампсия возникает в 2–8% беременностей и остается ведущей причиной материнской и перинатальной смертности и заболеваемости.

ЦЕЛЬ

Цель исследования – идентификация характерных пептидных маркеров в моче, позволяющих диагностировать развитие преэклампсии, дифференцировать данную патологию от других патологических состояний, связанных с беременностью, дифференцировать патологию по степени тяжести.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Образцы мочи 50 пациенток (15 – контрольная группа, 15 – поздняя тяжелая ПЭ и 15 – поздняя умеренная ПЭ) были получены в ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России при первой манифестации патологии (38±2 недели), для группы контроля – в те же сроки беременности. Анализ пептидной фракции мочи проводился методом HPLC-MS/MS, с идентификацией пептидов в программе Mascot (FDR = 0.01) и статистической обработкой данных с использова-

нием языка R (статистический анализ для поиска различий – по критерию Манна-Уитни ($p<0.05$) с коррекцией по Бонферони для множественных сравнений).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительный анализ полуколичественных данных об экскреции пептидов в моче выявил пептиды, специфичные для каждой исследуемой группы. Пептиды, специфичные для ПЭ представлены в основном фрагментами альфа-1-антитрипсина (14 пептидов), альфа-цепями коллагенов I и III типов (6 пептидов) и уромодулином (7 пептидов). Среди них оказалась и большая часть пептидных маркеров предложенных ранее группой проф. I.A. Buhimschi, включая С-концевой фрагмент SERPINA1 (MIEQNTKSPLFMGKVVNPTQK) и фрагмент альбумина (DAHKSEVAHRFKDLGEENFKALVL). Оказалось, что наибольшему воздействию при развитии ПЭ подвержены биологические процессы, ответственные также за развитие СС заболеваний, а именно, процессы организации внеклеточного матрикса (в частности, в сборке коллагеновых фибрилл), коагуляции (активации тромбоцитов), гемостаза, ответа на стресс, метаболизма коллагена и гуморальной регуляции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В исследовании была получена панель пептидов мочи, позволяющих однозначно разделять группу с физиологической беременностью и группы с поздней преэклампсией. Данная панель также оказалась специфичной для определения степени тяжести патологии.

Исследования были выполнены при поддержке гранта РФФИ №14–08–01236 А и №16–54–21011_SNF_a.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРЕИНДУКЦИИ РОДОВ ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

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

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Переношенная беременность сопровождается высокими показателями перинатальной заболеваемости и смертности, которая в 6–8 раз превышает таковые при доношенной беременности. Гипоксическое поражение ЦНС, аспирация мекониальных околоплодных вод, анте- и интранатальная гибель плода – основные перинатальные проблемы переношенной беременности. Перинатальный фактор – ведущий и приводящий к высокой частоте операций кесарево сечение при этой патологии. Правильная подготовка шейки матки к родам – преиндукция родов – является профилактикой перенашивания и способствует снижению частоты оперативных родов и неблагоприятных перинатальных исходов

ЦЕЛЬ

Сравнение эффективности различных методов преиндукции родов у пациенток с тенденцией к перенашиванию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 52 беременных со сроком гестации >40 нед. и 3 дня. Критерии включения: самопроизвольное наступление беременности, одноплодная беременность, головное предлежание плода, наличие интактных плодных оболочек, отсутствие противопоказаний к преиндукции родов. Методы исследования: клиническое обследование, ультразвуковое исследование, допплерометрия плодовой гемодинамики, кар-

диотокография, амниоскопия. С целью преиндукции родов использовали следующие методы: механический с интрацервикальным введением катетера фоллея, медикаментозный с использованием антипрогестина перорально, интрацервикальным введением простагландин-геля, и комбинированный. В соотвествии с этим было сформировано 4 группы пациенток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Первородящие составили 58%, повторнородящие – 42%. Родовая деятельность в указанных группах развилась через: 1 гр. – 30±2,5ч., 2 гр. – 38,5±2,8 ч., 3 гр. – 26,5±3,9 ч., в 4 гр. – 30±5,8 ч. Продолжительность I периода родов составила – 7 ч. 30 мин.±52 мин., 9 ч. 12 мин.±45 мин., 8 ч. 20 мин.±29 мин. и 7 ч. 10 мин.±20 мин. соответственно. Частота преждевременного излития околоплодных вод в указанных группах была сравнима и составила 25%, 20%, 23% и 24,6%. Обезболивание родов с использованием эпидуральной анальгезии было проведено в 68%, 72%, 62,55 и 75% соответственно. Продолжительность II периода родов достоверно не отличалась среди исследуемых групп (28±3 мин., 25±9 мин., 30±4 мин. и 26±5 мин.). Операцией кесарево сечение закончились роды у 38,5% пациенток с механическим методом преиндукции родов, у 25% при использовании антипрогестинов, у 44,4% – при интрацервикальном введении простагландин-геля и 33,3% при комбинированном методе. Показаниями к операции кесарево сечение явились: отсутствие эффекта от преиндукции родов, регистрация признаков страдания плода по данным допплерометрии, КТГ, амниоскопии до начала родовой деятельности и в I периоде родов, слабость и дискоординация родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар в указанных группах достоверно не отличалась и составила в I гр. – 7,8±0,2/8,8±0,1, во II группе – 7,6±042/8,3±0,12, в III группе – 8,0±0,5/8,4±0,1, в IV группе – 7,6±0,2/8,1±0,1.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕМУ ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Супрун С.В., Кудряшова О.С., Ларина Т.Н., Морозова О.Н., Власова М.А., Королев А.В.

Хабаровский филиал Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания – НИИ охраны материнства и детства, г. Хабаровск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Осложненное течение беременности и родов во многом связано с низким уровнем состояния здоровья женщин до и во время беременности, что приводит к перинатальной заболеваемости детей, является факторами риска формирования патологии в последующие периоды человека и определяет качество его физической и социальной жизни. Использование сложных высокотехнологических методов в медицинской практике по родовспоможению, выхаживанию новорожденных на критических стадиях позволяют снизить фетоинфантильные потери до определенного уровня. Более перспективно направить усилия на организацию и обеспечение предупреждающих, профилактических мероприятий на этапе планирования беременности и в периоды прогенеза внутриутробного и неонатального развития.

ЦЕЛЬ

В связи с этим целью исследований явилась оптимизация технологии оценки современных медико-социальных факторов и прогнозирования перинатального риска развития осложненного течения беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данной работе представлены результаты комплексных клинико-лабораторных обследований 453 беременных женщин пришлого и коренного населения, проживающих в Хабаровском крае в условиях городской и сельской местности, проведенных в ранние сроки, в 16–24 недели, 28–32 недели и перед родами в 34–36 недель. Использовались методы статистической обработки данных: многофакторный, многомерный регрессионный анализы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для прогнозирования осложненного течения беременности проведен многофакторный анализ комплекса медико-социальных данных матери и отца будущего ребенка с уровнем достоверности $p \leq 0{,}05$ для каждой группы в 2 этапа. Первый этап не требует лабораторных методов исследования и проводится при 1 явке в женскую консультацию. Для персонифицированного подхода в формировании комплексной программы разработаны карта «Медико-социальный паспорт будущих родителей», состоящая из нескольких информационных блоков: паспортные данные; анамнез с элементами экологических особенностей проживания будущих родителей (матери и отца); анамнез соматической и гинекологической патологии женщины; клиника и течение настоящей беременности, лабораторная часть обследования и программа ЭВМ, включающая в себя модель прогноза (на основе уравнений множественной регрессии), весовые коэффициенты значимости для репрезентативных факторов риска, пограничные коэффициенты для каждого прогнозируемого заболевания. Прогностические сценарии были разработаны для осложнений гестационного периода (угроза прерывания, преэклампсия, анемии, активизация вирусно-бактериальных инфекций, формирование плацентарной недостаточности) и нарушения со стороны плода (задержка внутриутробного развития, внутриутробная гипоксия плода). Алгоритм прогнозирования основывался на 222 параметрах, которые в разных сочетаниях при различных осложнениях в разные сроки беременности объединены в разделы.

Второй этап оценки риска включал определение лабораторных показателей, являющихся репрезентативными для расчета прогностических коэффициентов при тех же осложнениях беременности по триместрам, исходов родов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для практической реализации технологии оценки современных медико-социальных факторов, прогнозирования и принятия клинических решений предлагается программа ЭВМ скрининговой индивидуальной оценки риска путем пошаговой оценки прогностических коэффициентов с целью профилактики осложненного течения беременности и антенатальной охраны плода.

ЛОГИСТИЧЕСКИЙ РЕГРЕССИОННЫЙ АНАЛИЗ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГРИППА У БЕРЕМЕННЫХ

Тарбаева Д.А., Белокриницкая Т.Е., Белозерцева Е.П., Анохова Л.И., Фролова Н.И.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», г. Чита

АКТУАЛЬНОСТЬ

Клиническая картина гриппа у беременных может протекать менее типично, существенно варьировать, развиваться стремительно и сочетаться или маскироваться другими осложнениями беременности, что является причиной несвоевременного начала полноценного лечения и в конечном итоге – усугублению состояния и матери и плода. В этой связи актуальным остаются проблема раннего прогнозирования развития тяжелых форм гриппа у беременных женщин с момента заболевания, когда клиническая картина гриппа только начала манифестировать, что дает возможность осуществления своевременных организационных и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предотвращение осложнений.

ЦЕЛЬ

Прогнозирование тяжелых форм гриппа с помощью логистического регрессионного анализа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для построения модели прогноза использован метод бинарной логистической регрессии. У 495 беременных женщин, из которых 394 пациентки с гриппом A(H1N1)pdm09 (основная группа), и 101 женщины, которые в эпидемию 2009 года были беременными и не заболели гриппом A(H1N1)pdm09 и ОРВИ (контрольная группа), рассматривали качественные признаки, как потенциальные предикторы развития тяжелых форм гриппа: национальность, возраст, срок гестации на момент заражения гриппом, индекс массы тела (индекс Кетле кг/м2), факт курения в анамнезе, инфекции передающиеся половым путем в анамнезе, болезни органов дыхания, мочевыводящих путей, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринные заболевания, указание в анамнезе на профилактику гриппа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изначально в модель включались указанные факторы индивидуально (изолировано друг от друга). Относительный вклад отдельных предикторов выражали величиной статистики Вальда. При этом значение каждого качественного фактора было перекодировано в систему «0» – «1». Выполнение условия обозначалось как «1», а отсутствие выполнения условия или ситуации воздействия фактора обозначалось как «0». В итоговую модель вошли значимые факторы (p Вальда<0,05): срок гестации на момент заражения гриппом, индекс массы тела, сердечно-сосудистые заболевания, профилактические мероприятия (табл. 49). В качестве зависимой переменной выступил признак «тяжелое течение гриппа».

Вклад факторов, включенных в модель, составляет 91%, чувствительность способа 88%, специфичность 81%, положительная предсказующая ценность 82%, точность 84%.

При построении итогового уравнения бинарной логистической регрессии итоговые потери составили 110,599, $\chi 2=38,67$ для 8 степеней свободы, при уровне значимости p=0,0000057, что свидетельствует о достаточно высокой достоверности данной математической модели.

Итоговое уравнение вероятности развития тяжелых форм гриппа у беременных приняло вид: где p – вероятность развития тяжелых форм гриппа у беременных, x – срок гестации на момент заболевания гриппом, y – индекс массы тела в кг/м2, z – наличие/отсутствие заболеваний сердечно-сосудистой системы (1/0), a – наличие/отсутствие профилактических мероприятий (1/0), e – математическая константа: численное значение e =2,7.

При значении p > 0,5 прогнозируют высокую вероятность тяжелого течения гриппа. При значении p < 0,5 делают заключение о низком риске развития осложненных форм гриппа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученное уравнения бинарной логистической регрессии может быть рекомендовано для стратификации индивидуального риска и доклинического прогнозирования течения гриппа, что послужит основой для определения объема и вида мер профилактики в эпидемический период.

КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОЙ БАЛАНС ВЛАГАЛИЩА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Тимохина Е.В., Наврузова Д.Р.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Нарушения pH баланса влагалищной жидкости может явиться причиной самопроизвольного аборта, преждевременных родов, внутриутробного инфицирования плода и послеродовых осложнений у матери, а также дисбактериоза у новорожденного

ЦЕЛЬ

Оценить значимость pH-метрии влагалищной жидкости в прогнозировании осложнений беременности, родов и послеродового периода

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное исследование 46 пациенток в сроке гестации 18–36 недель беременности, наблюдавшихся с диагнозом – угрожающие преждевременные роды/ угрожающий аборт. По результатам было сформировано две репрезентативные группы: 1-ю основную составили 28 пациенток с pH равным 4,8 и более, 2-ю контрольную – 18 пациенток с нормальным pH вагинального содержимого (менее 4,5).

Методы исследования: клинико-анамнестическое, микробиологическое исследование отделяемого влагалища у данной группы беременных, измерение pH вагинального содержимого с помощью тест-полосок, анализ осложнений, исходов данной беременности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У большинства пациенток (65%) гестационный срок составил 20–27 нед., 25% приходилось на срок беременности 34–37 нед., 10% – 28–33 недели. В группе беременных с патологическим pH влагалища чаще отмечены инфекции мочевыводящих путей (28% против 17%), заболеваний, передающихся половым путем и поражений шейки матки (18% против 12%), чем при нормальном pH влагалищной среды.

В акушерском анамнезе следует отметить большую частоту привычного невынашивания беременности (26% и 5%), преждевременных родов (21% и 7,5%), неразвивающейся беременности (21% и 12%) в группе пациенток с щелочным сдвигом pH влагалища.

При патологическом изменении pH влагалищной среды беременность достоверно чаще осложнялась угрозой преждевременных родов во II триместре (47% и 16,7%), и III триместрах (22% и 11,1%), чем в группе с нормальной pH средой. Только в основной группе произошли самопроизвольный выкидыш (4%) и преждевременные роды (7%).

Результаты микробиологического исследования влагалищного биотопа выявили, что в группе с патологическим изменением pH влагалищной среды достоверно чаще диагностирован бактериальный вагиноз – 35,7% и неспецифический кольпит – 53,6% (в контрольной группе – 33,3%).

Следует отметить, что в проведенном нами проспективном исследовании преждевременные роды произошли только в группе с анормальным pH показателем влагалищной среды – 7,14%, и только в указанной группе послеродовый период у 3,5% пациенток осложнился эндометритом, потребовавшим инструментального обследования полости матки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование показало, что отклонение pH влагалищной среды, являющееся отражением, воспаления или дисбиоза влагалища, повышает риск таких осложнений, как самопроизвольного аборта, преждевременных родов, инфекционных осложнений в пуэрперии.

Оценка pH влагалищной среды – простой, прогностически информативный метод, который следует использовать в диагностике и рациональном ведении беременных группы риска преждевременного прерывания беременности

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН С ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ

Ткаченко Л.В., Костенко Т.И., Хомич Е.А

Волгоградский медицинский университет, г. Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Прегравидарная подготовка приобретает особое значение у женщин с бесплодием, невынашиванием и замершей беременностью в анамнезе. Помимо нормализации питания, отказа от вредных привычек, курения рекомендуется прием препаратов фолиевой кислоты. При дефиците фолатов, также называемые витамином B9, также нарушается работа многих органов, именно в это время особенно неблагоприятно зачатие, так как сопровождается высоким процентом гестационных осложнений.

ЦЕЛЬ

На основе выявленных патогенетических механизмов возникновения замершей беремен-

ности усовершенствовать профилактические мероприятия в прегравидарный период.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в несколько этапов. На первом этапе были выявлены основные предполагаемые факторы риска развития замершей беременности на основе ретроспективного анализа 90 историй болезней гинекологических больных с замершей беременностью. Далее с целью выявления достоверных факторов риска и разработки клинико-анамнестических алгоритмов прогнозирования неразвивающейся беременности, проводилось цитогенетическое исследование абортного материала, исследование на гомоцистеин, а затем у женщин с гипергомоцистеинемией проводилось исследование на носительство генотипа MTHFR 677 TT (мутация, представляющая собой точечную замену нуклеотида цитозина на тимидин в позиции 677 гена, кодирующего фермент метилентетрагидрофолатредуктазу).В группах риска обязательным являлось применение фолатов, а именно активного метаболита фолиевой кислоты-метафолина (левомефолата кальция) до и после зачатия. На следующем этапе проводилось проспективное исследование для оценки эффективности применения данного препарата в профилактике замершей беременности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Были выявлены основные предполагаемые факторы риска развития замершей беременности и разделены на несколько групп: социально-биологические, генетические, анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунологические. На основании анкетирования выявлено, что возраст исследуемых был практически одинаков и равнялся 26±2,8 лет. При цитогенетическом исследовании абортивного материала у первобеременных в 82% случаев был выявлен аномальный кариотип, при повторных замерших беременностях аномальный кариотип выявлялся в 24% случаев. Повышение гомоцистеина выявлено у каждой четвертой женщины (легкая степень гомоцистеинемии наблюдалась у 64%, средняя степень у 29%,тяжелая – у 7%).В результате проведенного исследования установлена корреляционная связь у женщин, носительниц гомозиготного типа MTHFR 677 TT в 60% случаев с возникновением замершей беременности с аномальным кариотипом, хотя процент носительства мутантного аллеля в популяции составляет 10–12%.Поэтому, помимо рекомендаций по здоровому образу , устранения вредных факторов на основании вышеизложенного у данных пациенток было предложено применение метафолина за 16 недель до зачатия и 12 недель после зачатия.В результате применения метафолина в качестве прегравидарной подготовки у 40 женщин, имевших замершую беременность в 1 триместре в анамнезе (24 женщины с гипергомоцистеинемией и 16 женщин с нормальным содержанием гомоцистеина) лишь у 2 (5%) была повторная замершая беременность, что потребовало дальнейшего дообследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение активного метаболита фолиевой кислоты-метафолина, может являться одним из наиболее эффективных методов профилактики замершей беременности в ранние сроки, помимо рутинных рекомендаций по здоровому образу жизни.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДНОГО БАЛАНСА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Салиева Н.В., Сарахова Д.Х., Кузнецов В.М.

ГБУЗ Филиал ГКБ 68 ДЗМ – Родильный дом №8, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Вопросы оптимальной терапии преэклампсии (ПЭ) остаются открытыми, несмотря на множество различных исследований. В основном, проводимое лечение является симптоматическим, складывается из трех составляющих, не влияет на патогенез заболевания, который остается не изученным. Терапия ПЭ включает седативную (противосудорожную), антигипертензивную и инфузионную. Одним из основных направлений в терапии ПЭ является инфузионная терапия, предназначенная для коррекции гиповоле-

мии, водно-солевого, белкового и углеводного баланса, стабилизации кислотно-основного состояния. Инфузионная терапия представлена кристаллоидными и коллоидными растворами. Среди коллоидных растворов ведущее значение имеют препараты гидроксиэтилированного крахмала, имеющие структурное сходство с гликогеном, тем самым снижая риск развития побочных действий. Дисбаланс водных секторов при ПЭ является основным проявлением повышенной проницаемости эндотелия. Объем воды человека составляет 50–60% массы тела, две трети из которых составляет внеклеточная жидкость. При повышении проницаемости эндотелия жидкость из сосудистого русла переходит в интерстициальное пространство, обуславливая гиповолемию и отеки. Оценка состояния водных секторов до и после проводимой ИТ является необходимым критерием.

ЦЕЛЬ

Оптимизация инфузионной терапии в условиях эпидуральной анестезии при абдоминальном родоразрешении беременных с прекламп-сией при использовании препарата Волювен.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективно обследовано 100 беременных с ПЭ, родоразрешенных путем операции кесарева сечения. I группа беременных – основная – 50 пациенток, которым проводилась инфузионная терапия с использованием кристаллоидных растворов и гидроксиэтилированного препарата крахмала Волювен в условиях регионарной анестезии. II группа сравнения – 50 беременных, у которых для инфузии использовались кристаллоидные препараты. 20 пациенток составили контрольную группу.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Состояние водных секторов определялось методом интегральной двухчастотной импедансометрии (ИДИ), выявляющей объемы жидкостных секторов организма (общего, внеклеточного, внутриклеточного) и отслеживающей динамику эквилибрации жидкости между секторами во времени. Исследование проводилось реоанализатором «Диамант-Р» с использованием методики ИДИ на 1-е и 5-е сутки после оперативного родоразрешения. При преэклампсии тяжелой отмечено выраженное увеличение объема внеклеточной жидкости, которое выявлено у 33,3% пациенток основной группы, а у пациенток группы сравнения в 51,7. На пятые сутки инфузионной терапии отмечено наличие ВнеКЖ у 16,7% родильниц основной группы, по сравнению с группой сравнения – 37,9%. Сохраняющиеся изменения водных секторов в послеоперационном периоде (5 сутки) свидетельствуют о необходимости продолжения лечения для уменьшения риска развития хронической патологии почек, артериальной гипертензии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанная методика, инфузионная терапия преэклампсии с использованием гидроксиэтилированного раствора крахмала Волювен позволяют пролонгировать гестационный период на 2–3 недели с благоприятным прогнозом для плода. Таким образом, методика ИДИ, являясь неинвазивной и доступной, является также и информативной в оценке водного баланса организма, что дает возможным контролировать объем и эффективность инфузионной терапии.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У РЕЦИПИЕНТОВ ООЦИТОВ

Трифонова Н.С., Жукова Э.В., Александров Л.С., Ищенко А.И.

ГБУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова». УКБ №2. Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сегодня донация ооцитов стала распространенной процедурой, с помощью которой рождаются тысячи детей в год по всему миру. Как и при любых других репродуктивных технологиях первостепенной задачей остается оценка акушерских и перинатальных рисков.

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования является оценка частоты и структуры акушерских осложнений и перинатальных исходов при беременности, наступившей после ЭКО с использованием донации ооцитов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью в течении 2012–2015 гг. в Клинике акушерства и гинекологии УКБ №2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова был проведен анализ течения беременностей, родов и перинатальных исходов у 201 женщины, беременность у которых наступила после ЭКО с донорскими яйцеклетками (основная группа) и у 207 женщин, беременность у которых наступила после ЭКО с собственными ооцитами (группа сравнения).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст реципиентов ооцитов колебался от 24 лет до 51 года (с преобладанием возрастной категории от 35 до 40 лет (41,3%)), а женщин после ЭКО с собственными яйцеклетками от 23 до 48 лет (с преобладанием возрастной категории до 35 лет (64,7%)).

Течение данной беременности почти у половины женщин основной группы сопровождалось явлениями угрожающего выкидыша у 29 (14,4%) из них осложнилось развитием истмико-цервикальной недостаточности, которая у 13 (6,5%) пациенток была корригирована наложением швов на шейку матки и у 16 (8,0%) женщин с помощью акушерского пессария. У 41 (20,4%) беременной течение первого триместра осложнилось начавшимся выкидышем. В контрольной группе истмико-цервикальная недостаточность была диагностирована у 20 (9,7%) беременных, 15 (7,2%) пациенткам были наложены швы на матку, 9 (4,3%) установлен акушерский пессарий. Начавшийся выкидыш в первом триместре был отмечен у 28 (13,5%) беременных группы сравнения.

Отмечена высокая частота преэклампсии (18,4%) и гестационной артериальной гипертензии (11,9%) у реципиентов ооцитов. Синдром задержки роста плода (СЗРП) был зарегистрирован у 34 (16,9%) беременных после ЭКО и ДО.

Настоящая беременность закончилась своевременными родами у 149 (74,1%) женщин основной группы и у 175 (84,5%) женщин контрольной группы. Преждевременные роды наблюдали чаще в основной группе (25,9% против 15,5%). В основной группе путем кесарева сечения были родоразрешены 95,0% беременных. В последовом и раннем послеродовом периодах у 14 (6,7%) женщин развилось гипотоническое кровотечение, в связи с чем в 4 (2%) случаях были наложены компрессионные швы на матку, в 3 (1,5%) случаях была выполнена перевязка внутренних подвздошных артерий и в 1 (0,5%) случае потребовалась экстирпация матки.

У 201 беременной основной группы родилось 246 живых детей. У одной пациентки (0,5%) была зафиксирована антенатальная гибель плода, и один ребенок умер в раннем неонатальном периоде от острой сердечно-легочной недостаточности (очень ранние преждевременные роды в 24 недели гестации). Большинство новорожденных в обеих группах имели оценки по шкале Апгар более 7 баллов и на 1-й, и на 5-й минутах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты нашего исследования показали, что течение беременности, родов и послеродового периода у реципиентов ооцитов сопряжено с высоким риском таких осложнений, как гестационная артериальная гипертензия (11,9%), преэклампсия (18,4%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (5,0%), гипотоническое кровотечение (6,7%), преждевременные роды (26,4%). Течение беременности больше чем у половины женщин основной группы сопровождалось явлениями угрозы прерывания.

РОЛЬ ПАТОЛОГИИ ПЛАЦЕНТЫ В РАЗВИТИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ ОТ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ

Туманова У.Н., Низяева Н.В., Шувалова М.П., Щеголев А.И.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Перинатальная смертность объединяет случаи мертворождения и ранней неонатальной

смерти, в связи с чем расценивается в качестве важнейшего показателя здоровья населения. Второе место среди всех причин мертворождения и ранней неонатальной смерти занимают врожденные аномалии и хромосомные нарушения. При этом практически отсутствуют данные о сочетанных нарушениях плаценты и их роли в развитии перинатальной смерти.

ЦЕЛЬ

Сравнительный анализ частоты выявления патологии плаценты в случаях мертворождения и ранней неонатальной смерти от врожденных аномалий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положен анализ статистических форм А-05 Росстата за 2014 г, относящихся к мертворождению и ранней неонатальной смертности. Данные формы А-05 Росстата представляют собой перекрестные таблицы, в которых по горизонтали представлена патология плода или новорожденного (первоначальная причина смерти), а по вертикали – заболевания или состояния матери, осложнения со стороны плаценты, пуповины и оболочек, патология беременности и родов, обусловившие (способствовавшие) наступлению смерти новорожденного плода или новорожденного. Значимость различий оценивали при помощи критерия Хи-квадрат Пирсона, в том числе с поправкой Йейтса, и точного критерия Фишера в зависимости от количественных характеристик.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Согласно данным статистических форм А-05 Росстата за 2014 г, в целом по Российской Федерации в перинатальном периоде умерло 16989, включая 11593 мертворожденных и 5396 умерших в первые 168 часов жизни. Соответственно этому значения показателя перинатальной смертности в Российской Федерации в 2014 г составили 8,83‰, показателя мертворождаемости – 6,02‰ и показателя ранней неонатальной смертности – 2,82‰. Врожденные аномалии как основное заболевание, фигурировали в 8,8% (1500) наблюдений среди всех случаев перинатальной смерти, в 5,0% (576) – мертворождений и в 17,1% (924) – ранней неонатальной смерти.

В свою очередь, осложнения со стороны плаценты, пуповины и оболочек были расценены как состояния, способствовавшие наступлению смерти, в 38,8% (6589) наблюдений среди всех случаев перинатальной смерти, в 47,0% (5444) – мертворождений и в 21,2% (1145) – ранней неонатальной смерти. При анализе летальных исходов плодов и новорожденных от врожденных аномалий патология плаценты фигурировала в 11,7% (175) наблюдений среди соответствующих случаев перинатальной смерти, в 14,8% (85) – мертворождений и в 9,7% (90) – ранней неонатальной смерти. В группе мертворождений чаще всего патология плаценты отмечалась в случаях гибели плода от врожденных аномалий органов пищеварения (в 18,2%) и нервной системы (в 16,3%). При ранней неонатальной смерти нарушения плаценты преобладали в случаях смерти от врожденных аномалий системы кровообращения (в 17,8% без учета пороков сердца) и мочевыделительной системы (в 14,3%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в Российской Федерации в 2014 г. врожденные аномалии занимали существенную долю среди причин перинатальной смерти. В случаях ранней неонатальной смерти врожденные пороки развития как основное заболевание отмечались в 3,4 раза чаще по сравнению с мертворожденными. Грозным состоянием, способствующим гибели плода или ранней неонатальной смерти новорожденного, является патология плаценты, что свидетельствует о необходимости тщательного патоморфологического исследования всех компонентов последа.

КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЛОДОВОГО ОКСИТОЦИНА ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ И ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Тысячный О.В., Баев О.Р., Бурлев В.А., Иванец Т.Ю.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Переношенной беременностью считается беременность продолжительностью 42 недель или 294 дня. Многочисленные исследования показывают, что переношенная беременность связана с увеличением частоты перинатальных и материнских осложнений. Основными путями решения проблемы переношенной беременности являются изучение причин развития данного состояния, однако механизмы, участвующие в развития спонтанной родовой деятельности, остаются невыясненным. Существует теория, согласно которой окситоцин плодового происхождения может играть роль в инициации родов. Но как изменяется секреция окситоцин в зависимости от срока беременности на момент родоразрешения остается неизвестным.

ЦЕЛЬ

Оценить концентрацию окситоцина в пуповинной крови плода при родах через естественные родовые пути при переношенной беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Тридцать шесть женщин были включены в исследование и разделены на 3 группы: 1 группа – доношенный срок n=17 (38–40+6 дней), 2 – пролонгированная беременность n=10 (41+6 дней), 3 – переношенная беременность n=9 (41 неделя и более). Роженицы, которым вводили окситоцин в процессе родов, не входили в исследование. Все дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по Апгар 8–9 баллов и нормальными значениями pH крови из артерии пуповины. Семьдесят два образца пуповинной крови (36 – артериальной и 36 – венозной) были получены после пережатия пуповины в двух местах после рождения ребенка. Каждый образец собирали в охлажденную пробирку с ЭДТА и немедленно центрифугировали при 4С и хранили при – 80С до анализа. Концентрация окситоцина была измерена методом иммуноферментного анализа (EIA). Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью лицензионных пакетов программы MedCalc (версия 12.1) и SPSS Statistics for Windows (версия 19). Достоверность различий между показателями оценивали с помощью критерия Манна-Уитни. Различия между сравниваемыми величинами признавали достоверными при $p<0,05$ (95% уровень достоверности).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний срок беременности в 1-ой группе составил 276,42±34,56 дней, что достоверно меньше, чем во второй и третьей 287,8±0,8, 3-ой 287,66± 1,18 ($p<0,05$). Средняя концентрация окситоцина в плазме крови из артерии пуповины была достоверно выше, чем в венозной, как в доношенном сроке 109,65±35,11 против 40,51±13,63 пг/мл, так и при пролонгированной беременности 93,60±26,43 против 48,17±19,97 пг/мл. При переношенной беременности различий не было – 46,13±16,20 против 33,09±8,84 пг/мл ($p>0,05$). При этом, концентрация окситоцина в артерии пуповины в доношенном сроке и при пролонгированной беременности была достоверно выше, чем при переношенной, в тоже время в вене пуповины отличий не обнаружено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на отсутствие различий между оценкой по шкале Апгар и уровня pH пуповинной крови, выявлены значительные отличия уровня окситоцина в крови плода между разными сроками беременности, концентрация которого была ниже после 41 недели беременности. Этот результат указывает на различия в состоянии плода при доношенной, пролонгированной и переношенной беременности. Мы полагаем, что низкий уровень окситоцина предрасполагает к пролонгированию беременности и является фактором риска увеличения частоты перинатальных осложнений после 41 недели беременности.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ДИЛАТАТОРОВ В ПОДГОТОВКЕ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

Узденова З.Х., Абрегова А.Р., Шогенова Ф.М., Шаваева В.А., Залиханова З.З.

КБГУ, г. Нальчик

АКТУАЛЬНОСТЬ

Известно, что для успешного начала и нормального развития родовой деятельности одним из наиболее важных условий является наличие зрелой шейки матки, что отражает готовность организма матери и плода к успешным родам. При незрелой шейке матки возникает риск развития нарушения сократительной деятельности матки, возникновение гипоксии и травмы плода, роста оперативных родов.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности Дилапана и ламинарий в подготовке шейки матки к родам.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дилапан представляет собой жесткий гелевый стержень, стерильность которого обеспечивается посредством облучения. Ламинарии – это водоросли, которые, находясь в цервикальном канале, утолщаются и расширяют канал. Дилапан и ламинарии способствуют выделению эндогенного простагландина, что приводит к распаду коллагена, размягчению шейки матки к запуску механизма родов.

Подготовка шейки матки к родам проводилась у 55 беременных в сроках гестации 40–41 неделя, возраст беременных от 15 до 39 лет, из них 74,5% первородящие. Показаниями к созреванию шейки матки явились неподготовленность родовых путей, необходимость досрочного родоразрешения и переношенная беременность.

В качестве преиндукционой подготовки назначали немедикаментозный способ – интрацервикальное введение Дилапана (I группа – 31 беременная) и ламинарии (II группа – 34 пациентки). Структурные изменения шейки матки оценивались по шкале Bishop (1964).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В I группе беременных спонтанная родовая деятельность развилась у 58,1% женщин, у 12,9% регистрировался длительный прелиминарный период, у 12,9% – слабость родовых сил, которая корригирована медикаментозно, у 16,1% пациенток ввиду отсутствия структурных изменений шейки матки, упорной слабости родовой деятельности, гипоксии плода произведена операция кесарево сечение. У 22,6% пациенток возникли условия для амниотомии, у 13% возникла необходимость в индукции родов. В удовлетворительном состоянии родилось 93,5% детей, в состоянии умеренной асфиксии – 6,5% новорожденных.

Во II группе пациенток спонтанная родовая деятельность развилась у 32,4% женщин, у 17,6% регистрировался длительный прелиминарный период, у 23,5% – слабость родовых сил, которая корригирована медикаментозно, у 26,5% пациенток ввиду отсутствия структурных изменений шейки матки, упорной слабости родовой деятельности, гипоксии плода произведена операция кесарево сечение. У 17,6% пациенток возникли условия для амниотомии, у 20,6% возникла необходимость в индукции родов. В удовлетворительном состоянии родилось 73,5% детей, в состоянии умеренной асфиксии – 26,5% новорожденных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при применении стерильного цервикального дилататора Дилапана у каждой второй беременной развилась спонтанная родовая деятельность, у каждой седьмой была необходимость в индукции родов, у каждой шестой были показания к абдоминальному родоразрешению. При использовании ламинарий спонтанная родовая деятельность развилась у каждой третьей пациентки, у каждой четвертой возникла необходимость в проведении операции кесарево сечение. Отмечена высокая эффективность в подготовке шейки матки при использовании Дилапана, снижение длительности индукции родов и частоты оперативного родоразрешения.

СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ИСЧЕЗНОВЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПЛОДА

Усынина А.А., Пьянков А.В., Мону А.В., Джериева И.В., Фроен Ф.

ГБОУ ВПО «СГМУ» Минздрава России, г. Архангельск; Норвежский институт общественного здравоохранения, г. Осло

АКТУАЛЬНОСТЬ

Мертворождаемость занимает лидирующую позицию в структуре перинатальной смертности; в 2015 г. при показателе перинатальной смертности в Архангельской области 8,7 на 1000 родившихся, показатель мертворождаемости составлял 6,1. В этой ситуации должны быть приняты во внимание те технологии, которые позволили бы сохранить жизнь жизнеспособным младенцам. Одним из простых, но действенных превентивных способов является своевременное обращение беременных в лечебное учреждение при возникновении у них ощущений снижения или исчезновения двигательной активности плода.

ЦЕЛЬ

Оценить своевременность обращения за медицинской помощью беременных, родоразрешившихся впоследствии мертвым плодом, при снижении или исчезновении двигательной активности плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2015–2016 гг. в рамках проведения международного проекта «Профилактика мертворождаемости в Архангельской области: подготовительный проект в Северо-Западной России» были проанализированы 35 случаев мертворождаемости, выявленные по факту обращения беременных в сроке 28 и более недель с жалобами (как единственными, так и в сочетании с другими) на снижение или исчезновение активности плода. В одном случае диагностирована интранатальная смерть плода, остальные плоды погибли антенатально.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Только одна беременная была юной (16 лет), 5 пациенток – старше 35 лет, возраст остальных составлял 18–34 года. Десять женщин (29%) были первобеременными, 15 пациенткам из 35 (43%) предстояли первые роды. Каждая пятая женщина обратилась первично в женскую консультацию, остальные являлись пациентками отделений патологии беременности (2 случая) или обращались непосредственно в родильные дома. Ни в одном случае причиной обращения беременной не послужил примененный ею тест «Считай до 10»; каждая вторая пациентка обратилась из-за отмеченного ею субъективного ощущения уменьшения или исчезновения движений плода, остальные отметили этот признак при активном расспросе медицинским работником, причем в четырех случаях из 35 исчезновение движений плода выяснилось при стандартном плановом визите беременных в женскую консультацию. Только в половине всех случаев к моменту обращения за медицинской помощью со времени исчезновения движений плода прошло менее 12 часов. Треть беременных не ощущала движений плода в течение 12–24 часов, у 3 пациенток двигательная активность плодов отсутствовала более 2 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявлено позднее обращение беременных за квалифицированной медицинской помощью в случае снижения/исчезновения двигательной активности плода. Необходимо более активное разъяснение беременным, в том числе, с использованием средств наглядной информации (буклеты, листовки, плакаты) значимости адекватных движений плода в оценке благополучности его развития. Целесообразна тактика более подробного выяснения медицинским работником степени активности плода при проведении консультации беременной.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ, СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕТРОХОРИАЛЬНОЙ ГЕМАТОМОЙ

Утробин М.В., Немцева Т.Н., Юрьев С.Ю.

Родильный дом им. Н.А. Семашко, г. Томск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Невынашивание беременности – одна из самых актуальных проблем современного акушерства. В первом триместре гестации происходит до 80% случаев прерывания беременности.

ЦЕЛЬ

Выявить наиболее значимые факторы, определяющие риск прерывания беременности у пациенток в первом триместре при формировании ретрохориальной гематомы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследована 81 женщина репродуктивного возраста с угрожающим абортом в сочетании с ретрохориальной гематомой, обратившихся за медицинской помощью в гинекологическое отделение родильного дома им. Н.А. Семашко г. Томск. Наличие ретрохориальной гематомы подтверждено данными ультразвукового исследования. В отделении проведено общеклиническое обследование, углубленное исследование свертывающей системы, включающее определение циркуляции антикоагулянтов волчаночного типа, антифосфолипидных антител методом ИФА, изучение полиморфных вариантов ключевых генов системы гемостаза, определение уровня эмбриотропных антител.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Срок гестации у исследуемых женщин при выявлении ретрохориальной гематомы составил 8,34 ± 2,25 недели, минимальный срок гестации – 4,1 недели, максимальный – 12,0 недели.

Были получены следующие результаты общеклинического исследования крови: лейкоциты крови 7,50 ± 1,90, тромбоциты 253,84 ± 63,22, протромбиновое время 13,85 ± 1,39, протромбиновый индекс 97,83 ± 6,15, активированное частичное тромбопластиновое время 37,05 ± 3,38, общий фибриноген 3,30 ± 0,32, тромбиновое время 16,61 ± 1,25, растворимый фибрин-мономерный комплекс 4,99 ± 1,32.

Наследственные тромбофилии выявлены у 92% пациентов. Мутация в гене ингибитора активатора плазминогена типа 1 (PAI-1) выявлена у 72% женщин, в гене метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) – 56%, сочетание мутаций в генах PAI-1 и MTHFR – 36%, в гене протромбина (FII) в сочетании с MTHFR – 2,6%, лейденская мутация FV – 2,6%.

Повышенное содержание уровня антифосфолипидных антител методом ИФА выявлено у 13% пациентов.

ЭЛИП тест позволил выявить у обследованных женщин отклонения от нормы уровней эмбриотропных антител, таких как антитела-маркёры изменений в системе гемостаза (TrM – 03) у 74% и изменений в эндотелии сосудов по типу васкулитов (ANCA) у 23%. Следует отметить, что последние никогда не встречались без антитромбоцитарных. Антитела-маркёры фосфолипидного синдрома (β2-гликопротеин 1) встречались у 13% женщин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённые исследования позволяют заключить, что в большинстве случаев ретрохориальная гематома формируется у беременных, имеющих патологические полиморфные варианты генов системы гемостаза. Обращает внимание высокая частота отклонения от нормы уровня эмбриотропных антител-маркёров патологических изменений в системе как коагуляционного, так и сосудистого звена гемостаза.

Целесообразно проводить обследование женщин с высоким риском невынашивания в процессе предгравидарной подготовки на мутации в генах ингибитора активатора плазминогена и метилентетрагидрофолатредуктазы, на изменение уровня эмбриотропных антител с целью выявления возможного риска формирования ретрохориальной гематомы, а также с целью определения тактики ведения беременных с уже

сформировавшейся ретрохориальной гематомой. В последнем случае возможен расчет индивидуального риска прерывания беременности и других перинатальных осложнений.

СЛУЧАЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТКИ С МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Федосеенко А.В., Замаро И.И., Волчок Н.В.

УЗ «ГКРД №2», г. Минск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Миома матки выявляется почти у 75% женщин репродуктивного возраста. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) помогает сохранить репродуктивную функцию у таких пациенток. Каждый случай беременности после ЭМА является особенным.

ЦЕЛЬ

Описать случай беременности после эмболизации маточных артерий при миоме матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Случай беременности после эмболизации маточных артерий при миоме матки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенка Р., 40 лет. В анамнезе три беременности. Первая – в 2008 г., закончилась вакуум-аспирацией, вторая в 2011 г. – завершилась срочными родами, третья – в 2016 г. Миома матки с 2013 г. В сентябре 2014 г. пациентка Р. была госпитализирована в гинекологическое отделение с диагнозом: миома матки, рождающийся субмукозный узел, менометроррагия. Была выполнена гистероскопия, трансцервикальная консервативная миомэктомия, кульдоцентез, раздельно-диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки. При выписке пациентке Р. было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза. Описание: матка размерами 72–49–73 мм, по задней стенке расположен интерстициальный фиброматозный узел размерами 42–40 мм, деформирующий полость матки, яичники без особенностей.

В марте 2015 г. пациентка Р. была госпитализирована в гинекологическое отделение с диагнозом: миома матки, метроррагия. Была выполнена ГС, кульдоцентез, раздельно-диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки.

При выписке было выполнено УЗИ органов малого таза. Описание: матка размерами 74–69–79 мм, по задней стенке расположен интерстициальный фиброматозныйузел размерами 47–39 мм, деформирующий полость матки, яичники без особенностей.

При выписке пациентке Р. была рекомендована ЭМА.

ЭМА была выполнена 09.06.2015 г., 28.06.2015 г. пациентка была снова госпитализирована с диагнозом: нарушение питания фиброматозного узла, метроэндометрит после эмболизации маточных артерий.

Во время госпитализации было выполнено УЗИ органов малого таза. Описание: матка размерами 78–67–81 мм, по задней стенке расположен интерстициальный фиброматозныйузел размерами 39–33 мм, деформирующий полость матки, с признаками дегенерации, яичники без особенностей.

Беременность в 2016 г. была не запланированной. С ранних сроков беременности было диагностировано предлежание хориона (затем плаценты), однако кровянистых выделений не было, стационарное лечение не требовалось.

Пациентка Р. 14.07.2016 г. была доставлена в приемный покой УЗ «ГКРД №2» г. Минска с диагнозом: беременность 259 дней, третья, роды предстоящие вторые, предлежание плаценты, кровотечение, поперечное положение плода, миома матки.

Пациентка Р. была поднята в операционную, 14.07.2016 г. в 09.28 во время операции кесарева сечения извлекли живого доношенного мальчика весом 3840 г, ростом 52 см, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Плацента была расположена по задней стенке матки над интерстициально-субмукозным фиброматозным узлом размерами 50–60 мм. Была выполнена транзиторная ишемизация матки, консервативная миомэктомия, кровопотеря во время операции составила 1100 мл.

Удаленный фиброматозный узел на разрезе был без признаков дегенерации.

Послеродовый (послеоперационный) период протекал без осложнений. Пациентка Р. была выписана домой в удовлетворительном состоянии с ребенком на 10 сутки после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, выполнение ЭМА позволило сохранить репродуктивную функцию у пациентки Р.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНОВ ЭКСЦИЗИОННОЙ РЕПАРАЦИИ В ГЕНЕЗЕ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Хаджиева М.Б.1,2, Зимина О.А.3

[1] Институт общей генетики им. Н.И. Вавилова РАН, Москва; [2] ФНКЦ Детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева; [3] РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Привычное невынашивание беременности (ПНБ) – это самопроизвольное прерывание беременности два и более раза подряд в сроки до 22 недель, является одной из важнейших проблем практического акушерства. ПНБ рассматривается как многофакторное заболевание, причинами развития которого являются анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунные и хромосомные аномалии, однако в 23–40% случаев этиология ПНБ остается невыясненной. По данным ресурса DisGeNet (http://disgenet.org/), в связи с развитием данной патологии изучено более 70 генов-кандидатов; преимущественно это гены иммунной системы, гемостаза, метаболизма гормонов, дисфункции эндотелия, клеточной адгезии и другие. В первом триместре происходит активное деление как фетальных, так и материнских клеток, следовательно, неполноценная работа системы репарации критична для развития плода. Несмотря на это вклад генов репарации в развитие ПНБ практически не изучен. Полиморфные варианты генов репарации обуславливают значительные различия в эффективности репарации повреждений ДНК и тем самым потенциально способны приводить к накоплению мутаций.

ЦЕЛЬ

Для оценки роли генов эксцизионной репарации оснований (BER) в развитии ПНБ нами были изучены полиморфные варианты rs1052536 гена LIG3 (ligase III, DNA, ATP-dependent) и rs4462560 гена NEIL1 (nei endonuclease VIII-like 1).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 532 женщины, из которых 331 страдали ПНБ (от двух и более случаев) и 201 были с реализованной репродуктивной функцией и отсутствием НБ в анамнезе; средний возраст составил 32.63±5.69 и 33.71±6.14 лет, соответственно. Материалом послужили образцы ДНК из лимфоцитов периферической крови. Женщины были прогенотипированы методом тетра-праймерной аллель-специфической ПЦР; статистическая обработка выполнялась с применением логистического регрессионного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изученные варианты находились в состоянии равновесия по Харди-Вайнбергу. В общей выборке с поправкой на возраст и индекс массы тела была получена пограничная значимость корреляции генотипа rs4462560-G/G с ПНБ (рец. модель, P=0.058, OR=2.04, 95% ДИ:0.94–4.43). При стратификации выборки по сроку прерывания беременности рисковый аллель rs4462560-G был зарегистрирован в группе пациенток со сроком гестации 8–11.5 недель (адд. модель, P=0.041, OR=1.44, 95% ДИ:1.01–2.06). В группе с более поздним сроком (от 12 и более недель) выявлен рисковый аллель rs1052536-C (дом. модель; P=0.029, OR=1.94, 95% ДИ:1.05–3.57), а также зафиксирована пограничная значимость для rs4462560-G (адд. модель, P=0.051, OR=1.47, 95% ДИ:1.00–2.16).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гены BER играют важную роль в эмбриональном развитии млекопитающих (PMID:17141556), а наличие мутаций в данных генах, в частности LIG3, обуславливает повышенный обмен участками между сестринскими хроматидами и приво-

дит к летальному исходу (PMID:16648486). Таким образом, дальнейшее изучение генов эксцизионной репарации оснований в генезе ПНБ является важной задачей медицинской генетики.

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (проект №16–34–01322 мол_а).

ВЛИЯНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Хворостухина Н.Ф., Салов И.А., Новичков Д.А.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острый аппендицит (ОА) относится к самым распространенным хирургическим заболеваниям у беременных (от 0,05–0,12% до 5,2%). Частота потери беременности при неосложненном ОА составляет от 2 до 17%, а при развитии перитонита увеличивается до 90%. Проведенными ранее исследованиями установлено, что возникновение ОА сопровождается развитием синдрома эндогенной интоксикации, что может оказать негативное влияние на течение и исход беременности.

ЦЕЛЬ

Изучить особенности синтеза плацентоспецифических протеинов при сочетании беременности и ОА.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 78 беременных, оперированных по поводу ОА (основная группа). Контрольная группа (n=75) представлена женщинами с физиологическим течением гестации. Изучение уровней трофобластического бета-1-гликопротеина (ТБГ) и плацентоспецифического альфа-1-микроглобулина (ПАМГ-1) проводили с использованием наборов фирмы «Диагностика». Учет результатов иммуноферментного определения белков проводили на фотометре «Униплан» (фирма «Пикон»). Статистическая обработка проведена с помощью пакета прикладных программ Excel MS Office Professional и Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст больных варьировал от 19 до 32 лет. Срок гестации при поступлении беременных в стационар в большинстве наблюдений (основная группа – 41,1%) находился в пределах от 4 до 12 нед. При исследовании белков «зоны беременности» в группах обследуемых женщин получены следующие результаты. Как известно, ТБГ является специфическим маркером плодовой части плаценты. При физиологическом течении беременности выявлено непрерывное увеличение его концентрации в соответствии со сроком гестации (от 27,6±2,2 мкг/мл при сроке 4–12 нед до 214,5±16,3 мкг/мл при сроках 32–36 нед; $P<0,001$). У беременных с ОА во все сроки гестации до операции наблюдалось некоторое снижение уровня ТБГ в сравнении с показателем контрольной группы, однако значимых различий мы не выявили ($P>0,05$). Достоверное падение протеина (в 1,5 раза ниже нормы) констатировано на 10–14 сутки после аппендэктомии. Литературные источники утверждают, что снижение ТБГ до 12 нед беременности можно считать предиктором развития плацентарной недостаточности (ПН). При исследовании специфического маркера материнской части плаценты ПАМГ-1 в контрольной группе нами констатировано увеличение его уровня в 2,5 раза при сроках гестации 32–36 нед (92,1±10,3 нг/мл) по сравнению с показателем I триместра (36,2±5,4 нг/мл; $P<0,05$). При развитии ОА содержание белка в сыворотке крови беременных исходно возрастало в 1,6 раза в сравнении с данными контрольной группы ($P<0,05$), с прогрессирующим увеличением ПАМГ-1 (в 2 раза) на 10–14 сутки после операции.

Анализ течения и исходов беременностей после аппендэктомии показал высокую частоту осложнений гестации. Частота самопроизвольного выкидыша составила 23,1%, неразвивающейся беременности – 21,8%, преждевременных родов – 33,3%. Результаты морфологического исследования последов позволили выявить признаки хронической ПН в 78,4%, а острой ПН – в 21,6% наблюдений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Возникновение ОА при беременности сопровождается дезадаптацией синтеза гравидарных протеинов. Снижение уровня ТБГ и увеличение ПАМГ-1 следует отнести к проявлениям дезадаптивного характера системы «мать – плацента – плод» с доминированием программ, направленных на угнетение или остановку дальнейшего развития беременности, что приводит к увеличению частоты самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов после аппендэктомии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Хлестова Г.В., Карапетян А.О., Шакая М.Н., Баев О.Р., Низяева Н.А.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преэклампсия (ПЭ) может манифестировать до 34 недель беременности (ранняя форма), после 34 недели, в родах и в послеродовом периоде (поздняя форма). Данная классификация основана на различиях в патофизиологическом механизме возникновения. Представляет интерес имеются ли различия также и в клинических проявлениях и исходах этих форм преэклампсии.

ЦЕЛЬ

Сравнить течение беременности, методы родоразрешения и состояние новорожденного для выявления клинических особенностей ранней и поздней преэклампсии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен сравнительный анализ анамнестических данных, течения беременности, родоразрешения и состояния новорожденных у 27 беременных женщин с ранней (14) и поздней (13) преэклампсией.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе выявлено, что частота хронической артериальной гипертензии составила 28,60% в группе ранней ПЭ, 15,40% поздней ПЭ ($p > 0,05$). Срок беременности на момент госпитализации у беременных с ранней ПЭ колебался от 154 до 233 дней (в среднем 202,42±26,53), что достоверно меньше, чем с поздней (от 241 до 282 дней, в среднем 260,30±12,58) ($p<0,05$). Срок беременности на момент родоразрешения в группе с поздней ПЭ составил в среднем 261,46±9,64, против 216±17,85 с ранней ($p=0,0001$).

Максимальные значения систолического (от 130 до 170 мм рт.ст. при ранней ПЭ и от 130 до 160 мм рт.ст. при поздней, в среднем 150,71±10,71 и 149,84±10,96, соответственно); диастолического (от 80 до 120 мм рт.ст. при ранней ПЭ и от 80 до 100 мм рт.ст. при поздней, в среднем 97,14±9,13 и 93,38±8,80, соответственно), а также среднего АД (115±9,03 при ранней ПЭ и 112,20±9,28 при поздней ПЭ) в обеих группах статистически не различались. Также не было различий в степени тяжести протеинурии (в среднем 1,61±1,01 при ранней и 1,00±1,43 при поздней ($p > 0,05$). Отеки наблюдались практически у всех женщин в исследуемых группах (92,90% при ранней ПЭ и 92,30% при поздней).

Синдром задержки роста плода (СЗРП) выявлен в 42,90% наблюдений у женщин с ранней ПЭ, что достоверно чаще, чем при поздней (7,70%) ($p < 0,05$).

Все беременные с ранней преэклампсией были родоразрешены путем операции кесарева сечения. При поздней преэклампсии в 8% – через естественные родовые пути.

Масса тела новорожденных имела достоверную корреляцию с формой ПЭ: при ранней ПЭ масса тела новорожденных колебалась от 490 до 2500 г (в среднем 1294,36±639,91), что достоверно меньше, чем при поздней ПЭ (от 1870 до 3875 г, в среднем 2897,69±551,82) ($p < 0,05$). При оценке состояния новорожденного по Апгар на 1-й и 5-й минуте после рождения выявлено, что средняя оценка достоверно выше в группе поздней ПЭ (на 1-й мин. в среднем 7,92±0,28; на 5-й мин. – 8,85±0,38) по сравнению с ранней ПЭ (на 1-й мин. 6,5±1,16; на 5-й мин. –7,5±0,85) ($p < 0,05$). Из детей, родившихся от женщин с ран-

ней ПЭ, 85,7% поступили в ОРИТ и 14,3% в ОПН. В группе поздней ПЭ 23,1% новорожденных поступили в ОПН, остальные в отделение физиологии новорожденных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, несмотря на отсутствие различий в клинических проявлениях преэклампсии, более раннее начало патологического процесса и высокая частота плацентарной недостаточности определяют большую частоту осложнений для новорожденного.

ЗНАЧЕНИЕ ПЕРИКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Цахилова С.Г., Салиева Н.В., Чибирова А.Т., Кузнецов В.М., Засорина Е.А.

ГБУЗ Филиал ГКБ 68 ДЗМ – Родильный дом №8, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема хронической плацентарной недостаточности у беременных с преэклампсией не теряет своей актуальности и продолжает оставаться одной из приоритетных в направлении современного акушерства несмотря на значительные успехи в области профилактики и лечения. Плацентарная недостаточность у беременных с преэклампсией сопровождается нарушением активности антиоксидантной системы, реологических свойств крови и процессами перекисного окисления липидов.

ЦЕЛЬ

В связи с этим, целью нашего исследования явилось: повышение эффективности лечения плацентарной недостаточности у беременных с преэклампсией при использовании гепатопротекторов для снижения перинатальной заболеваемости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для выполнения данной работы проведено проспективное исследование. L-метионин, входящий в состав гепатопротектора адеметионина, представляет собой химический аналог незаменимой аминокислоты метионина, способствует детоксикации в организме беременных, тем самым улучшая маточно-плацентарное кровообращение и создает благоприятные условия для развития плода. В I основной группе проводилась комплексная патогенетическая терапия с использованием гепатопротектора адеметионина по разработанной схеме: при компенсированной форме ПН по 400 мг 3раза перорально, в день в течение 7–10 дней. При субкомпенсированной форме 800мг внутривенно капельно на 400 мл физиологического раствора, курс 5 инъекции, затем по 400 мг -3 раза в день, в течение 7 дней. Для исследования белковообразовательной функции печени, принимающей участие в росте плода, были изучены биохимические показатели сыворотки крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам исследования выявлено достоверное снижение уровня белка, а также повышение значения щелочной фосфатазы, что можно расценивать, как синдром печеночно-клеточной недостаточности, приводящий к развитию плацентарной недостаточности, хронической гипоксии и задержке роста плода ($p<0,05$). При комплексной терапии плацентарной недостаточности с включением гепатопротектора Адеметионина выявлено повышение концентрации общего белка, как показателя нормализации белковообразовательной функции печени. Показатели малонового диальдегида (МДА) достоверно увеличиваются в 4,5 раза, а диеновые конъюгаты в 1,5–2 раза у беременных с преэклампсией по сравнению с контрольной группой. Полученные данные являются признаком поражения клеточных мембран вследствие активации оксигеназного пути утилизации кислорода. Частота задержки развития плода по данным ультразвукового исследования в группе сочетанного лечения была ниже в 1,5 раза. После проведения курса сочетанной терапии с использованием гепатопротектора отмечено снижение малонового диальдегида и диеновых конъюгат

у беременных с преэклампсией в 1,5–2 раза. Это свидетельствует о восстановлении клеточных мембран в тканях и улучшении работы антиоксидантной системы. На фоне общепринятой терапии плацентарной недостаточности отмечено достоверное снижение концентрации МДА при умеренной ПЭ, а ДК – при тяжелой ($p<0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение гепатопротектора адеметионина в комплексной терапии плацентарной недостаточности является патогенетически обоснованным и эффективным методом лечения, о чем свидетельствует нормализация процессов перекисного окисления липидов, системы гемостаза, улучшение состояния плода и морфофункциональных параметров плаценты.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА И БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ БЕРЕМЕННОСТИ

Черных Н.Б., Карась И.Ю., Зинец М.С.

ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр», г. Кемерово

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сахарный диабет I типа остается значимой медико-социальной проблемой, влияющей на репродуктивное здоровье населения. Развиваясь в подростковом возрасте, заболевание ставит под угрозу реализацию репродуктивного потенциала женщин. Наиболее значимой для профилактики осложнений беременности в данной группе женщин считается компенсация сахарного диабета.

Диабетическая ретинопатия – неспецифическое сосудистое осложнение сахарного диабета, на поздних стадиях приводящее к слепоте. Основными факторами риска данного осложнения являются длительность заболевания сахарным диабетом и степень его компенсации. Беременность, как состояние, провоцирующее декомпенсацию сахарного диабета, может приводить к прогрессированию диабетической ретинопатии.

ЦЕЛЬ

Изучить связь благоприятного исхода беременности у женщин, страдающих сахарным диабетом I типа со статусом диабетической ретинопатии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами осмотрено 20 женщин с сахарным диабетом I типа. Осмотр проводился в III триместре беременности на базе женской консультации и отделения патологии беременных Кемеровского областного перинатального центра. Проводилась прямая офтальмоскопия с широким зрачком и биомикроскопия переднего отрезка глаза и стекловидного тела, проверка остроты зрения. Возраст осмотренных женщин составил от 18 до 35 лет (28,2 ± 1,0 лет), стаж диабета на момент осмотра – от 2 до 24 лет (14,2 ± 1,6 лет). Настоящая беременность была первой у 12 женщин. Из 8 повторно беременных женщин благоприятные исходы предыдущих беременностей имели место у 3, у 2 женщин настоящей беременности предшествовали выкидыши, у 1 – выкидыш и преждевременные роды при сроке гестации 31 неделя, у 1 – внутриутробная гибель плода при доношенном сроке. Все женщины имели высокую мотивацию на вынашивание настоящей беременности и регулярно посещали специалистов перинатального центра.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При осмотре глазного дна диабетическая ретинопатия была выявлена у 18 женщин (90%). В 14 случаях (70%) имела место непролиферативная диабетическая ретинопатия (НДРП), в 4 (20%) – пролиферативная диабетическая ретинопатия (ПДРП). У двух женщин с ПДРП имела место односторонняя слепота. Сравнение картины глазного дна с результатами осмотров на более ранних сроках беременности показало, что прогрессирование ретинопатии не произошло ни у одной женщины. Значимых отличий по возрасту и стажу диабета в зависимости от стадии ретинопатии не выявлено.

У большинства осмотренных женщин (15–75%) беременность завершилась срочными родами, в 2 случаях естественными и в 13 – оперативными. У 5 женщин (25%) было проведено оперативное родоразрешение при сроке гестации 35–36 недель. Частота преждевременных родов составила 21,4% в группе женщин с НДРП и 50% в группе женщин с ПДРП. Все дети родились живыми, случаи тяжелой асфиксии ребенка отсутствовали.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование показало, что благополучное завершение беременности у женщин, страдающих сахарным диабетом I типа, зависит от наличия стойкой компенсации заболевания, выражающейся, в том числе, в отсутствии диабетической ретинопатии либо в наличии ее I стадии. Адекватное ведение таких пациенток позволяет не только предотвратить прогрессирование диабетической ретинопатии, но и избежать развития выраженных осложнений беременности. Достижение компенсации сахарного диабета и благоприятный исход беременности у пациенток с III стадией диабетической ретинопатии также возможны, однако встречаются реже и требуют значительных всесторонних усилий.

РЕНАЛЬНЫЙ КРОВОТОК У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Чечнева М.А., Никольская И.Г., Климова И.В., Марьянова Т.А., Титченко Ю.П., Новикова С.В., Цивцивадзе Е.Б.

МОНИИАГ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хроническая болезнь почек (ХБП) занимает среди хронических болезней особое место, поскольку она широко распространена, связана с резким ухудшением качества жизни и в терминальной стадии приводит к необходимости применения диализа и пересадки почки. Более чем у 50% женщин ХБП впервые выявляется во время беременности. Риск же неблагоприятных исходов беременности возрастает уже при 1 стадии заболевания. В связи с чем вопросы ранней диагностики патологии почек и оценка степени прогрессирования нарушения функции почек у беременных встают перед врачами акушерами-гинекологами и нефрологами.

ЦЕЛЬ

Оценить изменения ренального кровотока у женщин с ХБП в течение беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ультразвуковая допплерография сосудов почек была проведена 133 беременным с различными стадиями ХБП в 1, 2 и 3 триместрах беременности. Выделены три группы беременных с ХБП: 1 – пациентки с ХБП 1 стадии (n=100); 2 – с 2 стадией (n=22); 3 – с 3-й стадией (n= 11). Оценивалась максимальная систолическая скорость, минимальная диастолическая скорость, индекс резистентности, пульсационный индекс, систолодиастолической соотношение на уровне почечной, сегментарной и междолевых артерий. Полученные данные были сопоставлены со значениями почечного кровотока у здоровых беременных (Верзакова И.В., Сетоян А.С. 2010 г.).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При качественной оценке кровотока отмечалось обеднение сосудистого рисунка почки у 80% беременных с ХБП 3 стадии во все сроки беременности. Наиболее значимыми количественными параметрами явились максимальная систолическая скорость, индекс резистентности (ИР) и пульсационный индекс (ПИ). При 1 стадии ХБП отмечается увеличение значений скоростей кровотока в почечных артериях по сравнению с нормой, что обусловлено включением компенсаторных механизмов в кровеносном русле почки и адаптационных изменений гемодинамики на начальных стадиях патологического процесса. При ХБП 3 стадии отмечается достоверное уменьшение максимальной скорости кровотока во всех сегментах артериального русла почки от малых сроков беременности до 37 нед. Показатели максимальной скорости в междолевых артериях достоверно снижены при любой степени почечного повреждения на всех сро-

ках гестации. ИР достоверно был повышен при ХБП 3 стадии во 2 и 3 триместре беременности в почечных артериях. ПИ достоверно был повышен почечных артериях при ХБП 3 стадии к 3 триместру беременности, в сегментарных артериях при ХБП 2–3 стадии к концу 2 – началу 3 триместра беременности и в междолевых артериях во все сроки при ХБП 2–3 стадии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на ранних стадиях ХБП достоверно изменяется кровоток в артериях паренхимы почек, что проявляется в снижении максимальной скорости в междолевых артериях. При нарастании тяжести почечного повреждения происходит обеднение интраренального сосудистого рисунка со снижением абсолютных скоростных показателей на всех уровнях артериального русла, включая центральное звено, и повышение индексов периферического сосудистого сопротивления. У большинства пациенток с ХБП 1–2 стадии беременность не оказывает выраженного влияния на гемодинамику почек. У пациенток с ХБП 3 стадии почечный кровоток во время беременности ухудшается. Выявление нарушений почечного кровотока у беременных позволяет диганостировать поражение почек на ранних этапах патологического процесса, оценить степень его прогрессирования и эффективность медикаментозной терапии, что позволяет улучшить перинатальные исходы.

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЛАЦЕНТАРНОГО БАРЬЕРА ЖЕНЩИН С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Шаповалова Е.А., Зубжицкая Л.Б., Лаврова О.В., Аржанова О.Н., Дымарская Ю.Р.

ФГБНУ НИИ «АГиР им. Д.О. Отта», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Бронхиальная астма (БА) относится к заболеваниям с ярко выраженным аллергическим компонентом. Взаимодействие плода с антигенами матери в плаценте может влиять на формирование аллергической реактивности ребёнка. Изучение особенностей плацентарного барьера женщин с БА при осложненной беременности с учётом степени тяжести течения, контролируемости и проводимой терапии является актуальным.

ЦЕЛЬ

Изучить состояние плацентарного барьера женщин с БА различной степени тяжести и его влияние на течение беременности и проводимой терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Из 183 образцов плацент: с БА лёгкого течения (БАЛТ) – 59 (I группа); беременные с БА средней тяжести (БАСТ) – 60 (II группа); беременные с БА тяжёлого течения (БАТТ) – 49 (III группа); контрольная группа – 23 беременные с физиологическим течением беременности. Средний возраст составил 24,45±2,3 года. Иммуногистологический анализ плацент проводили на криостатных срезах с использованием первичных моноклональных антител с CD35, CD57, CD31, CD83. Исследовалась экспрессия рецептора мелатонина IB (Rc-M-IB) и альфа-амилазы (a-Amyl), вторичные антитела – биотинилизированные иммуноглобулины. Проводили иммуноморфологическое исследование на криостатных срезах центральных и периферических отделов плаценты методом прямой иммунофлюоресценции, с использованием специфических иммунных сывороток против С3 фракции комплемента, фибриногена, иммуноглобулинов и провоспалительных цитокинов IL4, IL6, меченых ФИТЦ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота обнаружения ПИК и других депозитов была наибольшей в III группе – 100%. Наибольшая площадь структур экспрессирующих CD31, CD35, CD57, CD83 была также в III группе по сравнению с теми же показателями в плаценте женщин контрольной, I и II групп. Площадь структур, экспрессирующих Rc-M-IB и a-Amyl, в плаценте женщин с БАСТ и БАТТ была достоверно больше, чем в группе БАЛТ и контрольной группе. Выявлена прямая корреляционная связь

частотой обнаружения ПИК и степенью экспрессии антиген-презентирующих клеток в плаценте беременных с БА. Отмечено, что площадь и относительная плотность экспрессии иммуногистохимических маркеров коррелировала с тяжестью БА. Также нами установлена прямая корреляционная связь (R=0,6; p<0,05) между CD31, CD35, CD57, CD83, а также Rc-M-IB и a-Amyl и выраженностью воспалительных изменений в плаценте. В местах отложения ПИК выявлены провоспалительные цитокины IL-4 и IL-6, усиливающие мобилизацию и дифференцировку эозинофилов. При гистологическом исследовании в местах локализации ПИК и антиген-презентирующих клеток наблюдались инволютивно-дистрофические процессы с наличием кровоизлияний, тромбов и очаги некроза; разрушение синцитиотрофобласта и массивное отложение фибриноида, которое приводит к развитию иммунопатологического процесса и плацентарной недостаточности. Использование серетида достоверно снижает риск развития угрозы прерывания беременности во II и III триместрах, хронической плацентарной недостаточности по сравнению с использованием симбикорта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявление ПИК в плаценте, а также присутствие антиген-презентирующих клеток сопровождается морфологическими признаками иммунного воспаления, нарушением иммунитета гомеостаза в структурах плацентарного барьера, выраженность которого зависит от степени тяжести БА. Иммунное воспаление в структурах плацентарного барьера у женщин с БА не только показывает наличие генерализованного процесса, но и может быть прогностическим фактором развития аллергического заболевания у ребёнка.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шапошникова Е.В.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Нарушения функции щитовидной железы во время беременности достаточно распространенная патология, с частотой встречаемости от 2–5%, приводящая к формированию нарушений в фетоплацентарной системе, развитию угрозы прерывания, плацентарной недостаточности, преэклампсии, задержки роста плода.

ЦЕЛЬ

Изучить особенности течения беременности и родов, перинатальные исходы у женщин с патологией щитовидной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 48 историй родов и историй развития новорожденных у женщин с патологией щитовидной железы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст беременных составил 29,1±2,14 года: гипотиреоз был диагностирован у 20 женщин (41,6%), диффузный зоб (эутиреоз) у 15 беременных (31,2%), узловой зоб (эутиреоз) – у 13 (27,1%). При анализе имеющейся экстрагенитальной патологии выявлены: заболевания сердечно-сосудистой системы – 22,9%, заболевания органов пищеварения – 8,3%, у 6 женщин (12,5%) диагностирован гепатит С. При анализе информированности женщин о диагнозе гипотиреоза до беременности, 44 пациентки (91,6%) из всей

группы знали о существовании диагноза. Данные оценки репродуктивной функции показали соотношения перво- и повторнородящих – 12 (25%) и 36 (75%) соответственно. Среди повторнобеременных повторнородящих было 15 пациенток (31,3%). Преобладало прерывание беременности путем самопроизвольного выкидыша – 6,3%, неразвивающейся беременности – 8% случаев и проведения медицинского аборта – 25%. Среди осложнений беременности в ранние сроки встречались: анемия – 17 (35,4%) случаев, угроза прерывания – 8 (16,6%) случаев, ранний токсикоз – 9 беременных (18,7%). Вторая половина беременности протекала на фоне: анемии – у 8 женщин (16,6%), умеренной преэклампсии у 6 беременных (12,5%), гемодинамических нарушений, ЗРП у 3 беременных (6,25%), многоводия – у 4 (8,3%) пациенток, маловодия – у 4 (8,3%), низкой плацентации – у 8 беременных. Неосложненное течение первой и второй половины беременности наблюдалось у 18 (37,5%) и 36 (75%) пациенток соответственно.

Гестационный возраст к моменту родоразрешения составил 39,4±1,2 недели. Преждевременные роды имели место у 7 (14,6%) пациенток, переношенная беременность встречалась 6,2% случаев. Процент оперативного родоразрешения составил 20,8 %. Изменения последа (свидетельствующие о наличии хронической плацентарной недостаточности во время беременности) в виде петрификатов, кальцинатов, очагов обезыствления были выявлены в 18,7% случаев.

Среднее значение массы рожденных детей составило 3,125±552,7 г. С массой тела более 4000 г родилось 3 (6,1%) новорожденных, 2 (4,1%) новорожденных – с массой менее 2500 г. Диагноз ЗРП I и ЗРП II степени был выставлен у 4 (8,1%) и у 2 (4,1%) новорожденных соответственно. Среди осложнений раннего неонатального периода выявлены: церебральная ишемия I–II у 2 новорожденных (4,1%), геморрагический синдром у 7 новорожденных (14,3%). Врожденные пороки развития плода (аневризма МПП, ДМПП) выявлены в 2 случаях (4%), у 1 новорожденного – возрастной гипотиреоз (2%). Домой выписаны 47 новорожденных (95,9%), 3 новорожденных (6,1%) нуждались в долечивании в условиях детского отделения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболевания щитовидной железы влияют на репродуктивную функцию, течение беременности, родов, перинатальные исходы, приводя к развитию анемии, угрозе прерывания беременности, нарушениям со стороны мать-плацента-плод.

СПОСОБ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Шапошникова Е.В., Егорова А.Т.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Своевременная диагностика, профилактика и терапия тромботических осложнений во время беременности является актуальной проблемой, поскольку именно с этими причинами во многом связаны акушерские осложнения, перинатальная и материнская смертность. Наше внимание привлекли сведения о возможности использования дискретного плазмафереза, способствующего детоксикации, коррекции реологических свойств крови, иммунокоррекции, повышению чувствительности к эндогенным и медикаментозным веществам.

ЦЕЛЬ

Обосновать возможность использования дискретного плазмафереза при ведении беременных с различными формами тромбофилии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 45 беременных, получавших в составе комплексной терапии курс дискретного плазмафереза. Критериями включения пациенток в настоящее исследование явились: высокий уровень тромбинемии и гиперфибриногенемия, диагностируемые у 20

беременных (44,4%), неэффективность проводимой терапии НМГ – 17 случаев (37,8%), антифосфолипидный синдром – у 8 пациенток (17,8%). Изучали анамнез, общее состояние, данные объективного обследования органов и систем. Лабораторное обследование включало традиционные общеклинические методы, исследование системы гемостаза, определение антифосфолипидных антител: IgM и IgG к кардиолипину и β2-гликопротеин, волчаночный антикоагулянт. Проводили ультразвуковое исследование плода и фетометрию во II и III триместрах, допплерометрию, кардиотахографию.

Беременные поступали на стационарное лечение в родильный дом, получали комплексную терапию в виде назначения низкомолекулярных гепаринов (эноксипарина натрия в дозе 40–60 мг/сутки п/к) и проведения курса дискретного плазмафереза. Процедуры проводились через 2–3 дня в количестве 2–4 процедур при госпитализации. Осложнений во время сеансов плазмафереза не наблюдались ни у одной пациентки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ретроспективный анализ исходов предыдущих беременностей показал, что пациентки с тромбофилическими нарушениями – группа высокого риска по развитию неблагоприятных исходов гестации: у 48,6% повторнобеременных пациенток имели место два и более самопроизвольного прерывания беременности в сроке до 10 недель, неразвивающаяся беременность в анамнезе была диагностирована у 25,7% пациенток. В 46,7% случаев беременность протекала на фоне различных осложнений: угрозы прерывания первой половины беременности – 31,1% (из них у 3 пациенток диагностировано наличие ретрохориальной гематомы – 21,4%), угрожающие преждевременные роды – 13,3% случаев, умеренная преэклампсия у 10 (22,2%) женщин. Использование курса дискретного плазмафереза в комплексной терапии способствует нормализации сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного компонентов системы гемостаза, что проявляется удлинением АЧТВ на 9,8% ($p<0,05$), снижением степени угнетения XII-а зависимого лизиса и протромбинового индекса, гиперфибриногенемии на 21,3% ($p<0,05$), нормализацией тромбинового потенциала крови, уменьшением уровня растворимых фибрин-мономерных комплексов 1,3 раза по сравнению с исходными данными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученная положительная динамика уровня антифосфолипидных антител на фоне лечения, в виде снижения концентрации уровня IgM до 9,5±1,27 MPL/ml, IgG до 8,7±1,31 GPL/ml, отражает детоксикационный, иммуно-корригирующий эффект плазмафереза и позволяет обосновать использование курса дискретного плазмафереза в сочетании с эноксипарином натрия в комплексной терапии беременных с тромбофилическими нарушениями.

НОВАЯ МОДЕЛЬ АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Шнейдерман М.Г.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре причин преждевременных родов часто встречается истмико-цервикальная недостаточность. Надежной профилактикой преждевременных родов является применение акушерского разгружающего пессария.

ЦЕЛЬ

Изучение имеющихся разновидностей акушерских пессариев выявило ряд недостатков в их конструкции и наступающих осложнений при использовании. Все это заставляет искать новые формы пессариев и новые материалы для их изготовления. Данную задачу решают разработанные в ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.

Кулакова новые модели акушерских пессариев доктора Шнейдермана

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Разработанный авторам новые вид акушерского пессария выполнен из высококачественного силикона, определенной упругости и плотности, специально подобранного для оптимального использования.

Принципиально новым в последней модификации акушерского пессария является наличие четырех вертикальных силиконовых «фартуков», исходящих от нижней поверхности кольца и не дающих пессарию сместиться или развернутся в неправильную позицию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

1. За счет наружных вырезов и вертикальных фартуков, препятствующих смещению и выпадению пессария, происходит дополнительная фиксация кольца во влагалище.
2. Благодаря четырем выпуклостям, расположенных по внутренней поверхности кольца предотвращается нежелательное раскрытие цервикального канала у беременных женщин при истмико-цервикальной недостаточности и достигается сохранение беременности.
3. Повышается удобство и простота сжимания пессария при его введении во влагалище.
4. За счет уменьшения площади соприкосновения пессария со стенкой влагалища понижается возможность развития пролежней и язв на слизистой влагалища.
5. Увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого через наружные вырезы.
6. Антимикробное покрытие способствует предупреждению развития бактериальных осложнений во влагалище.
7. При использовании новой модели не наблюдаются аллергические осложнения.
8. Отмечается легкость и безболезненность удаления пессария из влагалища.

Оптимальное время использования акушерского пессария – от 14 недель до 38 недель беременности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование нового вида акушерских пессариев позволяет значительно повысить возможность сохранения беременности у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью и с привычным выкидышем, уменьшить неблагоприятные исходы беременности и улучшить качество жизни у женщин, страдающих опущением тазовых органов и стрессовым недержанием мочи.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЛАКТАТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ДИСТРЕССЕ ПЛОДА

Шустикова Е.Ф., Семисаженова Н.А., Федирко С.Л., Калмыкова О.Б, Трубицина Е.А, Сладков А.Н.

ФГБУЗ МСЧ59 ФМБА России, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Биохимический маркер гипоксии лактат образуется при анаэробном гликолизе. Существует корреляция между концентрацией лактата в крови и тяжестью гипоксии. Da Silva и Hemneber (2000) показали значимость таких биохимических маркеров перинатальной гипоксии как дефицит оснований и лактат в крови новорожденных, измеренных в течении 30 мин после родов.

ЦЕЛЬ

Определить сопряженность постановки диагноза-дистресс плода в родах (угрожающее состояние плода) с измерением уровня лактата в пуповинной крови новорожденных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведён анализ 99 историй родов. Все пациентки разделены на 2 группы.

Контрольная группа-12 пациенток, родоразрешенных путем плановой операции КС воды при родоразрешении были светлыми, и дети родились без асфиксии с оценкой по Апгар более 7 баллов.

Основная группа составили 87 пациенток с диагнозом дистресс плода в родах. Эта группа разделена на подгруппы: 1 – дистресс плода с выходом мекония в амниотическую полость – 62 пациента, 2 – дистресс плода, с изменением сердечных сокращений, 3 – дистресс плода, с выходом мекония в амниотическую полость и с изменением сердечных сокращений.

Пациентки из первой группы были разделены по времени отхождения мекония (при беременности или в родах) и способу родоразрешения.

1а – плановое кесарево сечение в 39–40 недель, при удовлетворительном состоянии плода по данным антенатального обследования, но в водах-примесь мекония, оценка по Апгар при рождении более 7 баллов – 12 пациентов.

1б – экстренное кесарево сечение в активной фазе первого периода родов по причине дистоции в родах и отхождении мекониальных вод, оценка по Апгар при рождении более 7 баллов – 12 пациентов

1в – самопроизвольные роды – передние воды, светлые, примесь мекония появилась в конце первого и втором периоде родов, новорожденные без асфиксии, оценка по Апгар более 7 баллов – 38 пациенток

2 группа – это пациентки с диагнозом дистресс плода, с изменением частоты сердечных сокращений, при этом воды оставались светлыми – 21.Среди них:

2(а) – экстренное кесарево сечение в первом периоде родов у пациенток со светлыми водами, но признаками страдания плода по КТГ, оценка по Апгар при рождении более 7 баллов – 12;

2(б) – пациентки, родоразрешенные через естественные родовые пути с признаками дистресса плода по данным (в конце первого и второго периода родов), воды –светлые, оценка по Апгар при рождении более 7 баллов – 9 пациентов

3группа – самопроизвольные ассистированные роды (вакуум-экстракция плода по поводу угрожающего состояния плода в родах, с выходом мекония и изменением сердечных сокращений по данным КТГ, новорожденные родились в асфиксии меньше 5 баллов) – 4 человека.

Интерпретация анализов – лактат <4,2 – норма, преацидоз – 4,2–4,8, ацидоз >4,8ммоль/л.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мы не получили достоверных различий в уровне лактата между контрольной группой и новорожденными, родоразрешенными путем операции кесарева сечения, (1а, 1b и 2а группой).

Достоверные различия с контрольной группой мы имеем у пациентов 3 группы и у родившихся через естественные родовые пути (группа 1в и 2б), испытавшие дистресс в конце первого и втором периоде родов 1в и 2б.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, мекониальная окраска вод при беременности не соотноситься с длительной гипоксией и не приводит к достоверному увеличению показателей лактата. При отхождении мекония в первом периоде родов или при регистрации изменений по КТГ эти признаки гипоксии имеют обратимый характер и исчезают при своевременном экстренном родоразрешении. При этом повышение показателей лактата не развивается.

КОМПЛЕКСНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦИТОКИНОВ И МОЛЕКУЛЯРНЫХ ПАТТЕРНОВ, СВЯЗАННЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРИ НЕКОТОРЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ БЕРЕМЕННОСТИ

Щербаков В.И., Поздняков И.М., Ширинская А.В., Волков М.В., Гордиенко О.В.

ФГБУ «Научно исследовательский институт экспериментальной и клинической медицины», ГБОУ ВПО «Новосибирский медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ НСО КРД-6, г. Новосибирск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Воспалительная компонента является важным звеном патогенеза таких осложнений беременности как преэклампсия (ПЭ), угроза преждевременных родов (УПР), беременности в сочетании с ожирением. Становится совершенно очевидно, что наряду с инфекционным, значительную часть при этих осложнениях играет стерильное воспаление. Это связано

с открытием того, что лигандами толл-подобных рецепторов (ТПР) могут быть не только экзогенные, но и эндогенные молекулы, с которыми связываются новые возможности, как в диагностике, так и лечении воспаления. Блокада воспалительного каскада может быть использована для пролонгации и улучшения исхода беременности.

ЦЕЛЬ

Изучение специфики воспаления при некоторых осложнениях беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 220 женщин третьего триместра. 140 с преэклампсией, 50 с УПР, 30 с ожирением. Контроль – 60 женщин с физиологически протекающей беременностью.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В сыворотке крови определялись провоспалительные цитокины фактор некроза опухолей альфа (ФНО-α), интерлейкин-6,8 (ИЛ-6,8), лептин. Молекулярные паттерны, связанные с повреждением – лактоферрин, фибриноген, мочевая кислота, С-реактивный протеин, все являются эндогенными лигандами ТПР-4. Оказалось, что при преэклампсии повышаются все исследованные провоспалительные цитокины – ФНО-α, ИЛ-6, ИЛ-8. Особенностью является то, что наиболее значимое повышение наблюдалось при тяжелой форме преэклампсии. Второй особенностью является то, что уровень повышения этих цитокинов был умеренным в 2–3 раза, что соответствует низко – уровневому воспалению. Возможно и то, что повышение этих цитокинов знаменует не только воспаление, но и их участие в стимуляции миграции вневорсинчатого трофобласта и ангиогенезе. Однако их длительное повышение может неблагоприятно сказываться на трофобласте, вызывая его апоптоз. Анализ молекулярных паттернов, связанных с повреждением при ПЭ, показал их повышенное содержание в сыворотки при данной патологии. Это указывает на то, что при ПЭ происходит эндогенная активация провоспалительных путей. Наиболее высокие цифры повышения из исследованных молекул были зарегистрированы у С-реактивного протеина, а также при тяжелой ПЭ регистрировалась тяжелая гиперурикемия, при которой происходит кристаллизация мочевой кислоты с последующей активацией инфламмасом и повреждением почек.

При УПР, так же наблюдается повышение уровня ИЛ-6. Параллельно с этим происходит нарастание в сыворотке крови лактоферрина и фибриногена. Нарастание, как цитокина, так и лактоферрина и фибриногена было умеренным. Это говорит о том, что при нарастании этого процесса угроза может переходить в реальные преждевременные роды. Сравнение этих двух патологий, также показывает, что блокирование воспаления как при ПЭ, так и при УПР может способствовать пролонгированию беременности.

Ожирение, исходно характеризующееся, наличием воспаления в жировой ткани накладывается на беременность и вероятно, некоторые составляющие похоже суммируются. Так, например, цитокин, лептин синтезируются жировой тканью и плацентой и его повышение более значимо у женщин с ожирением, чем с нормальной массой при ПЭ. Уровень эндогенного лиганда ТПР-4-фибриноген также повышается у женщин с ожирением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, оценка цитокинового статуса в комплексе с молекулярными паттерными связанными с повреждением выявляет определенную специфику при исследованных патологиях.

Фетальная медицина

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСОЙ ТОМОГРАФИИ В ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Анисимов В.И., Терегулова Л.Е.

ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ, г. Казань

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на развитие и совершенствование пренатальной ультразвуковой (УЗ) диагностики, возможности метода в визуализации тонких структурных изменений плода ограничены. Современные методики магнитно-резонансной томографии (МРТ) позволяют получать качественные изображения плода. В отечественной литературе имеются малочисленные сообщения и рекомендации по применению МРТ в пренатальной диагностике.

ЦЕЛЬ

Оценить возможности МРТ в пренатальной диагностике пороков развития плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2008 года проведено 210 МР-исследований беременных пациенток на сроках от 22 до 38 недель с заподозренными при УЗ-исследовании пороками развития плода. Использовались методики: single shot fast spin echo (ssFSE) с получением 1 среза за 2 секунды и жестко Т2-взвешенная импульсная последовательность fast spin echo, TR 5000 мс, TE 500 мс, ETL 128, – в качестве МР-гидрографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Использование ssFSE позволило успешно визуализировать анатомию плода, выявить пороки развития, обвитие пуповины, оценить состояние плаценты, осуществить морфометрию. Применение МР-гидрографии оказалось полезным в верификации жидкостных структур и кистозных образований, причем в ряде случаев отмечалась лучшая относительно ssFSE визуализация стенок кист и внутриполостных перегородок. Т1-взвешенные изображения оказались необходимыми для верификации жировых структур и интракраниальных геморрагий на стадии метгемоглобина. Применение МРТ позволило диагностировать опухоли головного мозга, тромбоз жома Герофила и кровоизлияния на разных стадиях распада гемоглобина, четко визуализировать мозолистое тело, дифференцировать его агенезию, гипогенезию и истончение при гидроцефалии, определить уровень окклюзии при гидроцефалии, визуализировать борозды больших полушарий для выявления лиссэнцефалии и кортикальной гетеротопии, дифференцировать арахноидальные и порэнцефалические кисты, шизенцефалию, выявлять изменения структур задней черепной ямы при аномалии Арнольда-Киари, синдроме и варианте Денди-Уокера, кисте кармана Блейка, определять наличие или отсутствие мозговых структур в грыжевом мешке при цефалоцеле и спинномозговых грыжах, расщепление спинного мозга при spina bifida и диастематомиелии, исследовать патологию плода в случае двойни, выявить редкие пороки, такие как иниэнцефалия, лимфогенный отек («слоновость») головы; определить детали лицевого скелета и диагностировать расщелины верхней губы и твердого неба, дакриоцистоцеле; верифицировать диафрагмальную грыжу с определением пролапса печени и изме-

рением объема гипоплазированного легкого, а также патологию почек, атрезию ЖКТ; осуществить оценку плода в условиях выраженного маловодия и многоводия, экстремальной подкожно-жировой клетчатки; выявить сдавление плода утолщенной и отечной плацентой, множественными миомами матки. МРТ плода в Республиканской клинической больнице Республики Татарстан является рутинным видом исследования, необходимым для пренатального консилиума по поводу пороков развития ЦНС плода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

МРТ является высокоинформативным методом пренатальной диагностики и должна применяться в качестве экспертного метода при УЗИ-заподозренных пороках плода, особенно в случаях аномалий ЦНС. Оптимальным является проведение МР-исследования непосредственно самим врачом-специалистом по МРТ, хорошо знающим фетальную патологию и методики сканирования.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПЛОДА: НАПРАВЛЕНИЕ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Игнатко И.В., Стрижаков А.Н., Родионова А.М.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота фетальных аритмий (ФА) составляет 3–8% наблюдений. В структуре смертности новорожденных, составляющей 58–60% летальности у детей до 14 лет, значительную роль играют нарушения сердечного ритма плода (НСРП). Вообще же фатальные исходы ФА достигают 85%, а треть из них обозначается авторами, как синдром внезапной гибели. В литературе отсутствует не только единая классификация ФА, но и даже единое представление о нормальных показателях сердечного ритма плода у врачей разных специальностей – акушеров, кардиологов, педиатров.

ЦЕЛЬ

Изучить факторы формирования фетальной аритмии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На первом этапе нашей работы были проанализированы данные отечественной и зарубежной литературы. В последующем нами проведен анализ клинического материала, включающего в себя истории родов 255 родильниц, родоразрешенных трансабдоминально в срочном/экстренном порядке по поводу острой гипоксии плода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди этиологических факторов ФА авторы называют системную красную волчанку, антифосфолипидный синдром, сахарный диабет, воспалительные заболевания мочеполовой системы, бронхиальную астму, пороки и опухоли сердца плода, малые аномалии развития сердца, внутриутробное инфицирование, грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, гипотермию, гипоксию, дыхательную недостаточность, гипокалиемию. На основании данных литературы сформирована классификация жФА, включающая три группы дизритмии плода. К первой мы отнесли тахикардии, предсердные (наджелудочковые), атриовентрикулярные, желудочковые, синусовые, мерцательные аритмии и трепетание предсердий. Вторая группа включает в себя желудочковые брадикардии, атриовентрикулярную и полную поперечную блокады. Последняя представлена экстрасистолиями: единичными желудочковыми и предсердными. Считаем необходимым привести и другую классификацию ФА, используемую на нашей кафедре. Она учитывает две группы дизритмий – «органическую» и «функциональную». Первая обусловлена структурными изменениями сердца плода. Функциональные же НРСП, возникающие при гипоксии, метаболическом ацидозе, гипо- или гипергликемии, гипокалиемии, гипотермии, требуют безотлагательного принятия решения по тактике – определения срочности родоразрешения. Так, у наших пациенток с острой гипоксией плода, срочно оперированных в сроки 32–40 недель, ФА наблюдалась в 8,6%. В отобранных методом случайной выборки 22 историях болезни экстренно оперированных пациенток с дизритмией (бради-тахиформы, тригеминия) плода на предопера-

ционном этапе выявлены лейкоцитоз до 31х109 (82%), кольпит (41%) и преэклампсия различной степени тяжести (20%). Кроме того, у этих пациенток отмечались отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (68%), угроза прерывания беременности (54,5%) на разных сроках гестации, токсикоз первой половины беременности (27%) и инфекционно-воспалительные заболевания различной локализации во время настоящей беременности (32%). Эти 22 пациентки с ФА относятся к т.н. «функциональной» группе предложенной классификации. Полученные нами данные позволили сделать вывод о значимой роли инфекционного фактора в развитии дизритмии плода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дальнейшее исследование проблемы ФА должно быть направлено на детальное изучение этиопатогенеза «функциональных» НРСП с использованием современных методов исследования. Это позволит выработать оптимальную акушерскую тактику, в частности, при функциональных НСРП и уменьшить, тем самым, перинатальные потери.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА В СИСТЕМЕ РАННЕГО ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В РОССИИ. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЗА 2011–2015 ГГ.

Калашникова Е.А., Андреева Е.Н., Воскобоева Е.Ю., Голошубов П.А., Жученко Л.А., Иванюк А.С., Кокаровцева С.Н., Мамлеева С.Ю., Одегова Н.О., Судакова Е.В., Цветкова Т.Г., Чепурная А.И.

ГБОУ ДПО «РМАПО» МЗ РФ, ГБУЗ МО «МОНИИАГ», г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В рамках национального проекта «Здоровье» в 2010 году стартовала программа «Пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка» по проведению массового комбинированного пренатального скрининга на хромосомные аномалии (ХА) и врожденные пороки развития (ВПР) у плода в 1 триместре беременности (от 11 до 14 недель). В основу нового алгоритма раннего пренатального скрининга (РПС) в России положен международный опыт и рекомендации независимой врачебной организации Фонда Медицины Плода (FMF).

ЦЕЛЬ

Оценить результаты 2011–2015 гг. и определить направления совершенствования нового мультидисциплинарного алгоритма комбинированного скрининга в России и ее лабораторного звена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ультразвуковое обследование состояния плода с оценкой эхо-маркеров ВПР и ХА. Исследование материнских сывороточных маркеров ХА (СМ) (ассоциированного с беременностью белка А (PAPP-A) и свободной бета-субъединицы ХГЧ (св. β-ХГЧ)) иммунофлуоресцентной технологией, сертифицированной FMF. Комплексный расчет индивидуального риска ХА при помощи программного обеспечения, позволяющего проводить внешний аудит ультразвуковых и биохимических измерений (программа Astraia). Цитогенетические и молекулярно-генетические исследования плодного материала. Медико-генетическое консультирование беременных женщин группы высокого риска и пренатальный консилиум. Учет пренатальной и постнатальной патологии плода и новорожденного, ведение регистров ВПР и ХА, учет исходов беременности.

В 2014 г. проведен Аудит данных РПС в России (за 2011–2013 гг.), в 2015 г. – Аудит за 2014 г., в 2016 г. готовится Аудит за 2015 г. Источником данных для Аудитов явилась унифицированная для всех субъектов программа Astraia.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Группа высокого риска снизилась с 30% до 1,8% от всех обследованных, эффективность пренатального кариотипирования увеличилась с 6% до 28%, чувствительность скрининга по синдрому Дауна повысилась в среднем с 30% до 81%. Снизилась доля кордоцентезов с 48% (до 2011 г.) до 7% (2014 г.). При определении СМ наблюда-

лось систематическое завышение МоМ для св. β-ХГЧ и умеренное для PAPP-A на аналитических системах Дельфия. Медиана совокупности региональных МоМ за 2011–2013 гг. для св. β-ХГЧ превышала 1,0 на 15,9%, для PAPP-A на 5,6%. На системах Криптор, за 2011–2013 гг. отклонение медианы совокупности региональных МоМ от 1,0 для св. β-ХГЧ составило 0,7%, для PAPP-A – 13,0%. К 2014 г. лишь 9 регионов России провели необходимую корректировку значения медиан СМ. Внешний российский контроль качества определения СМ при РПС проводили в 2011–2014 гг. 81–90% лабораторий, а международный – всего 5 регионов (система внешнего контроля качества RIQAS). Количество регионов, имеющих цитогенетические лаборатории, увеличилось с 90% до 98%, растет число амниоцентезов (в 21% регионов). Использование молекулярно-цитогенетических методов выросло с 40% до 51%, молекулярно-генетических достигло 20%. Внешний контроль качества по цитогенетике проводили 77% лабораторий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стандартизация подходов в ультразвуковом и лабораторном обследовании беременных женщин, единое программное обеспечение расчета риска ХА плода с возможностью аудита всех показателей позволили достичь заметного улучшения качества массового раннего пренатального скрининга ХА и ВПР плода в России.

Выполнено при поддержке ГРАНТА РГНФ №15–06–10977/15

ОСОБЕННОСТИ ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА БИОХИМИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ В МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРОГРАММЕ RIQAS

Калашникова Е.А., Кокаровцева С.Н., Мамлеева С.Ю.

ГБУЗ МО «МОНИИАГ», г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Контроль качества всех составляющих звеньев комбинированного скрининга 1 триместра беременности является обязательным условием правильности его проведения и повышения эффективности его алгоритмов. Помимо воспроизводимости и правильности, в биохимическом скрининге очень важной характеристикой качества метода, оборудования и набора реагентов является стабильность медианы значений биохимического маркера для срока беременности, так как на ее основе рассчитывают коэффициенты МоМ, которые далее служат исходным параметром для вычисления индивидуального риска хромосомных аномалий плода. Возрастание коэффициента вариации вычисления МоМ для плацентарного белка А (PAPP-A) и свободной субъединицы бета хорионического гонадотропина человека (free ß-hCG) на 1% приводит к четырехкратному увеличению коэффициента вариации расчета риска.

ЦЕЛЬ

Провести анализ данных внешнего международного контроля качества сывороточных маркеров PAPP-A и free ß-hCG.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Биохимический скрининг первого триместра проводили у женщин в сроке 11–14 недель беременности на анализаторе AutoDelfia (TR-FIA-технология) с определением материнских сывороточных маркеров: PAPP-A и свободной субъединицы β-ХГЧ. Внешняя оценка качества

(ВОК) представляла собой ретроспективную оценку качества результатов после их клинического использования с помощью международной программы RIQAS (Randox International Quality Assessment Scheme). Программа RIQAS включала в себя 12 циклов в год, в каждом из которых было проанализировано по 12 образцов для каждого анализатора («слепые пробы» без указания концентрации аналитов). Результаты лаборатории обрабатывали оперативно, в течение 72 часов до истечения установленной конечной даты отправки и высылали в электронном виде. ВОК отражала статистический анализ по всем параметрам определяемого показателя, используемого метода, оборудования; сравнение группы инструментов, метода группы и совокупности методов с отображением результатов в виде гистограмм. Отображали идентификацию трендов, смещений и изменений точности, идентификацию приемлемого и неудовлетворительного качества анализа с использованием соответствующих целевому назначению индикаторов. График контрольной оценки отражал результат в движущемся окне по последним 20 образцам. Контрольная оценка соотносилась с процентом отклонения результата лаборатории от среднего значения к целевому отклонению, что способствовало достижению и поддержке приемлемого качества измеряемого аналита.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При хорошей воспроизводимости по обоим маркерам наблюдалось смещение контрольных значений. Для PAPP-A смещение составило 12,3%, для свободной субъединицы β-ХГЧ – 13,2%, что не превышает допустимых значений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Участие лабораторий, проводящих биохимический скрининг беременных на хромосомные аномалии у плода, в независимых международных программах позволяет более объективно оценить качество аналитического этапа и непосредственно после получения отчетов внести соответствующие коррективы в работу аналитических систем (приборов, реактивов, персонала).

ПРЕНАТАЛЬНОЕ ДНК-ТЕСТИРОВАНИЕ В 9–10 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП ЭФФЕКТИВНОГО АЛГОРИТМА ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Кречмар М.В.

Клиника репродукции и генетики NGC, г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

В пренатальной диагностике с 2011 года применяется анализ генетического материала плода, полученного из крови матери с целью определения рисков рождения ребенка с синдрома Дауна и другими частыми хромосомными нарушениями с прямым исследованием плодной ДНК. Стандартный комбинированный скрининг (белки плода и УЗ-маркеры), имеет невысокую эффективность, так как базируется на косвенных признаках хромосомной патологии. Получение плодного материала происходит без инвазивных вмешательств, метод безопасен и может быть рекомендован почти всем беременным. Не все НИПТ одинаково информативны и не все технологии предполагают разделение ДНК матери и плода, с чем связана часть ложноположительных и ложноотрицательных результатов. Прямой анализ только генетического материала плода позволяет назначать ДНК-тест с 9 недели и позиционировать его как первый этап пренатальной диагностики.

ЦЕЛЬ

Апробировать новый алгоритм пренатальных исследований с учетом молекулярно-генетического тестирования плодной ДНК в ранние сроки беременности

Оценить клиническую значимость ДНК-тестирования плода в минимальные сроки для повышения выявляемости трисомии 21 в первом триместре беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено пренатальное медико-генетическое консультирование на этапе планирования и в ранние сроки беременности 93 беременных и семей разных групп риска. Определена возможность применения ДНК-тестирования плода в первом триместре, анализ был рекомендован 82 беременным уже в первом триместре. В группу обследованных включены беременные от 23 до 44 лет, средний возраст составил 36,2 лет. Во всех случаях проводилось УЗИ в сроке 8–10 недель для определения КТР плода, сердцебиения, плодности. Образцы крови матери получены при КТР плода 25 мм и более. ДНК-тестирование проводилось как первый этап – до комбинированного скрининга. В случаях высокого риска по плодной ДНК назначалось срочное УЗИ и кариотипирование хориона, медико-генетическое консультирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медико-генетическое консультирование при планировании беременности или в ранние сроки позволило информировать женщин и оценить возможность анализа плодной ДНК в крови матери в минимальные сроки с целью оценки рисков трисомии 21 и другой частой хромосомной патологии. Перед забором крови проводилось УЗИ, 6 беременностей – замершие, 2 – многоплодные. Трем беременным ДНК-тест выполнен в более поздний срок.

В 73 случаях отклонений количества хромосомного материала 21, 13,18, X и У хромосом установлено не было, риск оценен как «очень низкий» как у беременных с базовым низким риском и в группе высокого (старше 35).

В 8 случаях проведение всех исследований (ДНК-тест, УЗИ, кариотипирование хориона) позволило установить трисомию 21 до 12 недель, провести консультирование и при согласии семьи прервать беременность в первом триместре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование свободной ДНК с раздельным анализом плодного и материнского материала позволяет назначать тест уже с 9 недели. При высоком риске по результатам ДНК-тестирования, проведенного в ранние сроки, появляется возможность выполнить дополнительные исследования плода в первом триместре, при необходимости терминации беременности процедура проводится до 12 недель.

Низкие риски по результатам ДНК-тестирования позволяют снизить количество инвазивных процедур.

При отсутствии отклонений числа плодных хромосом, уже с 11 недель беременность переводится в группу «крайне низкого риска» и семья находится в состоянии информированного психологического комфорта.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ ЭХОГРАФИИ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ ПЛОДА, ВОЗНИКШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОБВИТИЯ ПУПОВИНОЙ ВОКРУГ ШЕИ

Рябов И.И.

ООО «Ваш Доктор», г. Йошкар-Ола

АКТУАЛЬНОСТЬ

Обвитие пуповиной вокруг шеи плода встречается достаточно часто – в среднем в 14–20% случаев всех родов. Частота тугого обвития колеблется от 26,1 до 35% к общему числу этой патологии. Обвитие пуповиной в 21–65% случаев служит непосредственной причиной острой гипоксии плода и в 2,4–6,9% случаев – причиной интра- и постнатальной смертности.

ЦЕЛЬ

Оценка возможностей антенатальной коррекции под контролем эхографии в III триместре беременности тазовых предлежаний плода, возникших в результате обвития вокруг шеи пуповиной сразу после ее выхода из плаценты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Отбор пациенток осуществлялся в ходе скрининговых ультразвуковых исследований, которые проводились в 30–34 недели беременности при помощи прибора Voluson E8 (GE) в обычном В-режиме. Интерес представляли случаи тазо-

вых предлежаний плода в сочетании с обвитием вокруг шеи. После констатации факта и характера обвития пуповиной вокруг шеи плода по типу скользящей петли сразу после выхода пуповины из плаценты назначалась корригирующая гимнастика, которая включала в себя четыре последовательных поворота на 90 градусов из положения «лежа на спине» (общий круговой поворот на 360 градусов) с интервалами в 10 минут: направо или налево, в зависимости от направления траектории петли, для освобождения плода из нее путем совершения им последовательного поворота в околоплодных водах под действием собственной силы тяжести в направлении, противоположном спиралеобразному ходу пуповины в виде своеобразного «раскручивания». Эхографический контроль проводился на следующий день после выполнения назначенных упражнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе III скринингового исследования диагностировано 42 случая тазовых предлежаний плода. В 16 случаев причиной неправильного положения служили 1–2-х кратные обвития вокруг шеи плодов пуповиной сразу после ее выхода из плаценты: в 2 случаях – по типу замка, в 14 наблюдений – по типу скользящей петли. В первых 2 случаях из-за обвития пуповиной по типу замка корригирующая гимнастика не проводилась. Из 14 (100%) других наблюдений после проведения корригирующей гимнастики по поводу обвития в течение 1–3 дней успех был достигнут в 12 (85,7 %) случаях: после освобождения от пут пуповины в виде скользящей петли в 5 случаях плоды самостоятельно перешли в головное предлежание, в 3 – после последующего назначения гимнастики по И.Ф. Дикань, в 4 наблюдениях - были переведены в головное предлежание при помощи наружного акушерского профилактического поворота на головку. В 2 (14,3 %) случае чисто ягодичного предлежания и 2-х кратного обвития по типу скользящей петли на фоне маловодия, так же сразу после выхода пуповины из плаценты, успех не был достигнут. Из-за повышенного риска возникновения относительной короткости пуповины в родах через естественные родовые пути и связанных с этим возможных осложнений беременности закончились в срок путем проведения планового кесарева сечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный способ коррекции обвития достаточно эффективен в случае скользящего типа петли при отсутствии маловодия, и позволил плодам, находящимся в тазовом предлежании, освободиться от обвития в 85,7% случаев и в последующем перейти из тазового в головное предлежание самостоятельно или после назначения традиционных корригирующих гимнастик по поводу тазового предлежания, или при помощи наружного акушерского профилактического поворота плода на головку.

НАРУЖНЫЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА В ХОДЕ СКРИНИНГОВОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Рябов И.И.

ООО «Ваш Доктор», г. Йошкар-Ола

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота тазовых предлежаний колеблется от 2,5 до 5,9%, составляя в среднем 3,3%. Перинатальная смертность у первородящих женщин при родоразрешении через естественные родовые пути в тазовом предлежании плода в 9 раз выше, чем при головном предлежании. Частота кесаревых сечений при тазовом предлежании достигает 70–80% и более.

ЦЕЛЬ

Оценка возможностей антенатальной коррекции тазовых предлежаний, косых и поперечных положений плодов, находящихся исключительно в переднем виде, под контролем эхографии в сроки ультразвукового скрининга в III триместре беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Отбор пациенток осуществлялся в ходе скрининговых ультразвуковых исследований, которые проводились в 30–34 недели беременности при помощи прибора Voluson E8 (GE) в обычном В-режиме. Интерес представляли случаи переднего вида одной из позиций тазового предлежания, а также косого и поперечного положений плода. За основу взято общее правило наружного профилактического поворота по методу Б.А. Архангельского: ягодицы смещаем в сторону спинки, спинку – в сторону головки, головку – по направлению к плоскости входа в малый таз. Используя для трансмиссии ультразвуковой гель, в отличие от традиционных методик ладонью одной руки скользящими поступательными движениями со стороны спинки плода по направлению к его головному концу врач плавно направляет плод головкой вниз по кругу к плоскости входа в малый таз, заставляя его тем самым совершить поворот в итоге, например, при тазовом предлежании – на 180, при поперечном – на 90, при косом – на 135 градусов. Одновременно ладонь другой руки смещается вниз, вправо или влево в зависимости от позиции, далее вверх, придерживая снизу тазовый конец.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди 15 попыток наружных профилактических акушерских поворотов на головку плода, проводимых во время скрининговых ультразвуковых исследований в III триместре беременности, в 3 случаях поворот был прекращен из-за жалоб пациенток на ощущения дискомфорта. В 12 случаях они увенчались успехом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Этот более щадящий вариант техники наружного акушерского поворота, по нашему мнению, может так же представлять интерес для клиницистов, так как в итоге при достижении положительного результата кроме известных возможных осложнений, связанных с родами в тазовом предлежании, снижается еще и количество оперативных родоразрешений.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА В ВЫЯВЛЕНИИ ОТКРЫТОЙ ФОРМЫ SPINA BIFIDA У ПЛОДОВ В I ТРИМЕСТРЕ

Токтарова О.А.

ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ, отделение ультразвуковой диагностики, г. Казань

АКТУАЛЬНОСТЬ

Серьезной проблемой в I триместре для специалистов пренатальной ультразвуковой диагностики остаётся диагноз открытой формы spina bifida. Эта патология ЦНС еще 3–4 года назад диагностировалась в абсолютном большинстве случаев во II–III триместре беременности. Данные ВОЗ: 20% детской заболеваемости и инвалидности,15–20% детской смертности вызваны пороками развития, среди них пороки ЦНС занимают второе место (35–60%).

ЦЕЛЬ

Оценить значение пренатального ультразвукового скрининга в выявлении открытой формы spina bifida у плодов в I триместре.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках централизованного скрининга I триместра по модулю FMF в Татарстане обследовано 30477 беременных в 2012 году, 43075 – в 2013 году, 43759 – в 2014 году, 45720 – в 2015 году. Ультразвуковые исследования проводились на ультразвуковых аппаратах экспертного класса в 5 сертифицированных центрах пренатальной диагностики. Изучение структур головного мозга проводилось по российскому протоколу ультразвукового скрининга I триместра. С 2013 года с целью ранней диагностики открытой формы spina bifida добавлены измерения формирующихся IV желудочка и большой цистерны, оценка структур, а в 2014 году – оценка толщины ствола мозга в сагитальном срезе. Для диагностики использовался строго сагитальный срез головки плода с увеличением во весь экран, что позволило оценивать интракраниальные

прозрачности (IV желудочек, большую цистерну и ствол мозга), в аксиальном срезе при смещении в заднюю черепную ямку также определяли IV желудочек и большую цистерну. Для поиска дефекта позвоночного столба использовались мультиплоскостная методика и внутриполостной датчик, 3D-технологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Измерения IV желудочка и большой цистерны в 2013 году позволили улучшить диагностику открытой формы spina bifida в I триместре до 55% (16), 45% (11) было выявлено во II триместре. При ретроспективном анализе сонограмм плодов с ложноотрицательной диагностикой открытой формы spina bifida при скрининге I триместра была обнаружена недооценка структур задней черепной ямки. Мы стали обращать внимание не только на IV желудочек и большую цистерну, но и на ствол мозга, и к 2015 году эти цифры достигли – в I триместре – 64% (18), во II триместре – 36 % (10). В 2012 году в I триместре выявлены единичные случаи данной патологии. Отмечена разница в визуализации структур задней черепной ямки при различных дефектах позвоночника. При больших дефектах IV желудочек и большая цистерна не дифференцируются, ствол мозга становится больше и замещает собой IV желудочек. В таких случаях поиск дефекта позвоночника не вызывает затруднений, очень часто это может быть деформированный, укороченный позвоночник. При малых дефектах на сроке 11–12 недель большая цистерна не визуализируется, ствол мозга выглядит увеличенным, IV желудочек значительно уменьшается в размерах, но визуализируется как щелевидный, что может приводить к ложноотрицательной диагностике. В таких случаях диагностика может отодвигаться на II триместр.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Визуализация аномального строения структур задней черепной ямки была ключом к поиску патологии позвоночника и ранней диагностике открытой формы spina bifida. Каудальное смещение ствола мозга, увеличение его переднезаднего размера и уменьшение или отсутствие визуализации четвертого желудочка, большой цистерны являются основными признаками, позволяющими начать поиск дефекта в позвоночнике. Диагностика открытой формы spina bifida возможна в процессе ультразвукового скрининга I триместра более чем в 60%.

ОПЫТ РАННЕЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ПЛОДА

Шевченко Е.А., Марченко Н.П.

КГБУЗ «КМ родильный дом №4», г. Красноярск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Врожденные пороки сердца (ВПС) наиболее распространенная аномалия развития с высокой популяционной частотой. По сведениям мониторинга врожденных пороков развития среди плодов, новорожденных, детей до года ВПС на территории Красноярского края в 2005–2015 гг. регистрируются с частотой 12,8:1000. Доля перинатальной смертности от ВПС в структуре смертности от ВПР составляет более 35%. Смертность среди новорожденных с ВПС в течение первой недели жизни – 33%; в течение первого месяца 25%; до года не доживает 41% детей.

ЦЕЛЬ

Изучение диагностических возможностей трансвагинальной эхокардиографии в пренатальной диагностике врожденных пороков сердца у плода в конце I-го, начале II-го триместра беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ результатов проведен по клиническим наблюдениям отделения ультразвуковой диагностики №2 родильного дома №4 г. Красноярска в 2005–2015 гг. Исследования проводились на приборах VOLUSON с применением: B, M-режимов, ЦДК, HD-Flow, 3/4D-режимов. В протокол исследования в ранние сроки беременности включены описания 4-х камерного среза сердца и среза через 3 сосуда. Зарегистрировано 215 случаев пренатальной ультразвуковой диагностики ВПС с 11 недель 1 дня до 16 недель 1

дня беременности. Возраст пациенток исследуемой группы 18–44 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для ранней пренатальной диагностики ВПС проводили изучение четырехкамерного среза сердца и «среза через 3 сосуда» у всех плодов. При выявлении изменений и при наличии у плода эхографических маркеров хромосомной патологии, экстракардиальных пороков, отягощенного семейного анамнеза проводили изучение дополнительных срезов сердца и сосудов. Среди ВПС обнаруженных у плодов преобладают пороки, сопровождающиеся грубыми изменениями: гипопластический синдром левых отделов сердца 20,9%; общий артериальный ствол 12,5%; единственный желудочек сердца 8,8%; эктопия сердца 7%; атриовентрикулярный септальный дефект 10,6%; дефект межжелудочковой перегородки 31,6%. Атрезия трикуспидального клапана и тетрада Фалло по 1,9% случая. Двойное отхождение главных сосудов от правого желудочка 2,4%. Аномалия Эбштейна 0,9%. Артериальная кальцификация, агенезия венозного протока и добавочная левая верхняя полая вена по 0,5%. Анализ всех зарегистрированных в ранние сроки ВПС, разделенных на группы, учитывающие диагностический подход показал, что среди диагностированных в ранние сроки преобладают ВПС, диагностика которых основывается на оценке четырехкамерного среза сердца, 86,5%.

Сочетание ВПС, диагностированных в ранние сроки беременности, с хромосомной патологией – 51,2%. У плодов с разными хромосомными синдромами регистрируются определенные пороки сердца: при синдроме Дауна – атриовентрикулярный септальный дефект и дефекты межжелудочковой перегородки 40 и 33,4%; при синдромах Тернера и Патау – гипопластический синдром левых отделов сердца 73,3% и 60%; при полиплоидиях – дефекты межжелудочковой перегородки 45,4%. Экстракардиальные аномалии обнаружены в 64,7%.

Исходы беременности: рождение живых детей 7,4%; прерывание беременности по медпоказаниям 83,6%; антенатальная / интранатальная гибель 7,4%; неонатальная гибель 0,9 %; самопроизвольное прерывание беременности 0,7%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансвагинальную эхокардиографию необходимо проводить беременным с отягощенным анамнезом, при обнаружении у плода экстракардиальной патологии, эхографических маркеров хромосомной патологии и при регистрации у плода аномального изображения сердца и главных артерий.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ. АНАЛИЗ РАБОТЫ 2005–2015 ГГ.

Шевченко Е.А., Марченко Н.П., Казанцева А.А.

КГБУЗ «КМ роддом №4», КГБУЗ «КК МГЦ», г. Красноярск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальная задача современной перинатальной медицины – своевременная дородовая диагностика врожденных пороков развития, в том числе и пороков сердца. Особое значение имеет дородовая диагностика «критических пороков», таких как транспозиция магистральных сосудов (ТМС), так как после рождения и первого вздоха состояние новорожденного ухудшается и ему требуется срочное оперативное лечение. Поэтому необходимо родоразрешать беременных с ТМС у плода в региональном перинатальном центре с последующим переводом ребенка в кардиоцентр.

ЦЕЛЬ

Изучение динамику состояния пренатальной ультразвуковой диагностики ТМС за последние 11 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ результатов проведен по клиническим наблюдениям учреждений здравоохранения Красноярского края и города Красноярска в 2005–2015 гг. Выполнено 701 794 ультразвуковых исследований с изучением срезов сердца и главных сосудов. Основа для ультразвуковой диагностики ТМС визуализация главных артерий с изучением их расположения относительно друг друга при оценке срезов через три сосуда (смещение аорты вперед и влево) и через выходные тракты желудочков (параллельный ход сосудов). Основная группа 130 пациенток с ТМС у плода / новорожденного. Популяционная частота ТМС среди всех зарегистрированных ВПС 18,9:1000. Возраст пациенток исследуемой группы 17–41 года. II. Беременность одноплодная 98,5%; многоплодная (двойня) 1,5%. Первобеременные 33,1%, повторнобеременные, первородящие 23,8%, повторнородящие 43,1%.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Динамика пренатальной диагностики ТМС в 2005–2015 гг. от 14,3% до 100%, в среднем за 11 лет диагностировано 77,2% случаев. В последние годы уровень дородовой диагностики транспозиции главных артерий приближается к 100%. Этому способствовали переоснащение кабинетов пренатальной диагностики современными ультразвуковыми приборами, специализированное обучение врачей.

В среднем за 11 лет в 22% порок сердца ТМС не был диагностирована пренатально ввиду различных причин.

Изолированная ТМС 90,8%, сочетание с другими пороками 6,9%, сочетание с хромосомными синдромами 2,3%. Сочетание с другими пороками сердца 41,5% (чаще всего с дефектами интракардиальных перегородок 53,7%, стенозом легочной артерии 22,2% и единственным желудочком сердца 11,1%).

Исходы беременности: дети живы 36,1%, прерывание беременности по медпоказаниям 33,1%; неонатальная смертность 26,2%; анте/интранатальная смертность 4,6%. Количество семей, принявших решение о прерывании беременности снизилось со 100% в 2005 г. до 23,1% в 2015 г. Этому способствуют работа Краевого пренатального консилиума с участием кардиохирургов, функционирование краевого перинатального центра и кардиоцентра.

Хирургическая коррекция ТМС проведена в 72,8%. Выживаемость детей после операции 81,4%. Средний показатель неонатальной смертности в группе оперированных детей с ТМС в 2005–2015 гг. варьировал от 50 до 0% (в последние годы) и в среднем составил 18,6% из общего количества прооперированных детей с ТМС. Сочетание ТМС с другими аномалиями сердца (более 36%), малая масса у новорожденного (более 45%), сочетание ТМС с другими пороками 9% и гипоксия плода в родах 9% оказали влияние на исход в данной группе детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эхокардиография с применением является информативным методом пренатальной диагностики и позволяет обнаружить большинство случаев ТМС. Родоразрешение беременных с ТМС у плода следует проводить в региональном перинатальном центре с возможностью оказания специализированной помощи и переводом ребенка в кардиоцентр.

Гинекология

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ДЕНОСУМАБ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

Абусуева З.А., Хашаева Т.Х-М., Эседова А.Э., Мамаева С.М.

Дагестанская государственная медицинская академия, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Основной задачей лечения остеопороза (ОП) является нормализация процесса костного ремоделирования за счет подавления костной резорбции и стимуляции сниженного костеобразования, что приводит к увеличению минеральной плотности кости или ее стабилизации, улучшению качества кости и снижению частоты переломов.

Существуют разные подходы к медикаментозному лечению пациенток с ОП. Инновационным шагом является внедрение в практику применения нового препарата моноклонального человеческого антитела к лиганду RANK, что открыло принципиально новый подход к антиостеопоротической терапии. В отличии от бисфосфонатов, деносумаб не связывается с костной тканью. Он циркулирует в межклеточной жидкости, связывая RANKL, ингибирует образование, созревание, функционирование и выживаемость остеокластов.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния препарата деносумаб на минеральную плотность костной ткани (МПКТ) у женщин с установленным ОП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 46 женщин в возрасте от 50 до 85 лет (средний возраст 59,2±4,1 года) с установленным ОП (МПКТ L1-L4 по Т-критерию от – 2,5 СД до – 4,5 СД).

Исследование МПКТ проводилось методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрией (ДЕХА) на остеоденситометре QDR-4500A HOLOGIC. Определялись маркеры костной резорбции, в том числе С-терминальный телопептид коллагена первого типа (СТх). Результаты измерений сравнивались с исходными данными (до лечения). Деносумаб назначался 60 мг 1 раз в 6 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У женщин с постменопаузальным остеопорозом деносумаб достоверно повышал МПКТ и снижал риск возникновения новых переломов, как позвонков (за 2 года на 46%), так и внепозвоночных переломов (на 17%) в том числе проксимального отдела бедренной кости (на 35%).

После года терапии уровень маркеров костной резорбции (СТх) сохранялся достоверно ниже, чем в группе плацебо. На этом фоне наблюдалась положительная динамика МПК всех отделов скелета.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Деносумаб (подкожно 60 мг 1 раз в 6 мес.) оказывает выраженное влияние на прирост МПК во всех отделах скелета, значимое снижение риска переломов при хорошей переносимости лечения.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА В РАЗЛИЧНЫЕ СТАДИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Андосова Л.Д., Конторщикова К.Н., Шахова К.А.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Нижний Новгород

АКТУАЛЬНОСТЬ

Согласно существующим наблюдениям, важную роль в генезе развития неопластических изменений шейки матки при папилломавирусной инфекции (ПВИ) играет система иммунитета, в первую очередь, локальная защита репродуктивного тракта женщины.

ЦЕЛЬ

Целью исследования было определить уровень цитокинов, интерферонов в цервикальной слизи для оценки роли факторов местного иммунитета в манифестации патологических процессов шейки матки, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для реализации поставленной цели изучали иммунологические показатели цервикальной слизи у 280 женщин, у которых предварительно методом полимеразной цепной реакции выявили ВПЧ ВКР. Пациентки были разделены на группы по экспрессии протеина Е7 (продуктивная и интегративная формы ПВИ): 1 группа: 20 практически здоровых женщин, с отрицательным результатом ВПЧ-теста (n=20); 2 группа: латентная форма ПВИ, категория «ВПЧ-инфицирование», белок Е7 отрицательный результат «ВПЧ+ Е7-» (n=40); 3 группа: латентная форма ПВИ, категория «ВПЧ-инфицирование», белок Е7 положительный результат «ВПЧ+ Е7+» (n=40); 4 группа: низкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (LSIL), белок Е7 отрицательный результат «LSIL Е7-» (n=40); 5 группа: низкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (LSIL), белок Е7 положительный результат «LSIL Е7+» (n=40); 6 группа: высокая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (HSIL), белок Е7 отрицательный результат «HSIL Е7-» (n=20); 7 группа: высокая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (HSIL), белок Е7 положительный результат «HSIL Е7+» (n=40); 8 группа: рак шейки матки «РШМ Е7+» (n=40). Количественное определение интерферонов и цитокинов проводилось иммуноферментными наборами Bender Med Systems, США.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Продуктивная форма (Е7-), категория «ВПЧ-инфицирование», характеризуется повышением выработки интерферонов альфа и гамма, низкими значениями экспрессии ИЛ-10 и ТФР-β на стадиях латентной инфекции (ВПЧ+ Е7-, Е7+) и эпителиальных поражений низкой степени (LSIL Е7-). Интегративная форма (Е7+), категория «тяжелые интраэпителиальные поражения» обнаруживает снижение концентрации интерферонов альфа и гамма, а также локальную иммуносупрессию, выражающуюся повышением значений ИЛ-10 на стадиях эпителиальных поражений низкой и высокой степени Е7+ и на стадии рак шейки матки (РШМ Е7+) и ТФР-β на стадиях эпителиальных поражений высокой степени (HSIL Е7-, HSIL Е7+, РШМ Е7+). Повышение экспрессии ИЛ-10 начинается уже на стадии эпителиальных поражений низкой степени – «LSIL Е7+», при интегративной форме ПВИ – 5 группа и прогрессивно увеличивается в течение всего периода, способствуя формированию локальной иммуносупрессии, а именно – это повышение ТФР-β в группах тяжелых поражений (HSIL Е7-, HSIL Е7+) 6, 7 группы. Формирование локальной иммуносупрессии происходит уже на ранних этапах цервикальной патологии в группе LSIL при переходе в интегративную форму.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Цитоморфологические формы цервикальной патологии не отражают патогенетические аспекты формирования иммунитета при папилломавирусной инфекции.

МЕДИЦИНСКИЙ АБОРТ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ ЮГА РОССИИ

Андреева М.В., Фетисова Е.С., Бычкова Н.Е.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема медицинских абортов, несмотря на установившуюся тенденцию к снижению их числа, по-прежнему требует незамедлительного решения. В России аборт используется как основной метод регулирования рождаемости. Осложнения, вызываемые искусственным прерыванием беременности, способствуют возникновению серьезных проблем для репродуктивного здоровья. Вследствие этого растет гинекологическая заболеваемость, увеличивается частота женского бесплодия. Огромную положительную роль играет контрацепция, которая позволяет регулировать рождаемость путем предупреждения нежелательной беременности. В России проблема аборта стоит наиболее остро, поскольку количество абортов продолжает оставаться на высоком уровне. Так, по данным Росстата, в 2010 году в Ростовской области количество абортов составило 26300, на 100 родов приходилось 56,6 аборта, в 2015 – 16700 и 32,6 аборта соответственно.

ЦЕЛЬ

Оценить влияние медицинского аборта на репродуктивное здоровье городских жительниц юга России.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы нозологические формы и частота акушерских осложнений, гинекологических заболеваний у городских жительниц Ростовской области за период 2010–2015 гг., перенесших ранее медицинский аборт. Исследование проводилось на базе городских женских консультаций Ростовской области. Изучены показатели, характеризующие состояние репродуктивного здоровья женщин, на основании анализа данных медицинской документации и официальной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенное исследование показало, что 48,7% женщин имели в анамнезе один медицинский аборт, 36,3% – два-три и 15,0% – четыре и более абортов. Осложнения после аборта выявлены почти у половины обследованных. Ранние осложнения в виде задержки плодного яйца, гематометры и субинволюции матки диагностированы у 4,1% женщин. Из поздних осложнений у 14,2% женщин выявлено обострение хронического эндометрита, сальпингоофорита, у 7,8% – нарушение менструального цикла в виде аномальных маточных кровотечений, у 17,4% – образование функциональных кист яичников.

Проведенное исследование показало, что у женщин, имевших в анамнезе медицинский аборт, встречались различные осложнения беременности и родов. В структуре этих осложнений преобладали невынашивание беременности (44,7%), аномалии прикрепления плаценты (32,1%), преждевременный разрыв плодных оболочек (37,9%) и нарушения сократительной деятельности матки (23,2%). Частота оперативного родоразрешения у женщин, перенесших медицинский аборт, составила 28,6%.

Эффективную контрацепцию после аборта использовали только 29,3% женщин, что привело к высокой частоте повторного прерывания беременности (39,2%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, для сохранения и улучшения репродуктивного здоровья женского населения необходимо внедрение образовательных программ, оказание специализированной медицинской помощи, комплексных мер по снижению осложнений аборта, обеспечение современными методами контрацепции в условиях женской консультации. При рациональном применении методов контрацепции открывается возможность

отложить появление нежеланного ребенка, регулировать интервалы между родами до времени достижения материального и социального благополучия.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Андреева М.В., Юдин С.А., Лукичева Я.Ю., Матинян Г.К., Тучина А.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Забота государства о ликвидации туберкулеза в нашей стране, организация сети лечебно-профилактических учреждений, успехи в области его диагностики и терапии создали возможность выявления и ликвидации внелегочных форм болезни. Особенно это относится к генитальному туберкулезу (ГТ), который в виде первичного заболевания на практике встречается редко. В большинстве случаев человеческий организм успешно сопротивляется туберкулезной инфекции. Однако естественная сопротивляемость человека возбудителю туберкулеза является относительной и непостоянной. В зависимости от возраста, условий внешней среды, нарушения питания и других причин сопротивляемость заболеванию туберкулезом может снижаться.

ЦЕЛЬ

Выявить особенности течения генитального туберкулеза в социально неблагополучной группе женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 78 женщин с диагнозом ГТ на базе ГКУЗ «ВОКПД». Выделено 2 группы пациенток. В 1 группу (основную) вошли 38 пациенток с низким уровнем качества жизни (низкое материальное положение, неудовлетворительные жилищные условия), во 2 группу (группу сравнения) – 40 женщин с благоприятным социально-экономическим статусом. Обследование включало оценку анамнестических, клинических данных, лабораторные, инструментальные методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациенток 1 группы составил 31,37±1,8 года, 2 группы – 33,13±1,7 года ($p>0,05$). В 1 группе 41,15% женщин имели постоянную работу, 32,24% были не трудоустроены, 26,61% не работали в связи с инвалидностью (во 2 группе соответственно – 71,79%, 15,43%, 12,78%, $p<0,05$). В 1 группе в браке состояло 37,67% женщин, во 2 группе – 74,13% ($p<0,05$).

При изучении характера менструальной функции установлено: у 63,67% женщин 1 группы месячные были нерегулярные, у 59,34% – скудные и непродолжительные (во 2 группе – 41,13% и 22,71% соответственно, $p<0,05$). Туберкулез легких в анамнезе имел место у 33,92% женщин в 1 группе и у 9,13% – во 2 группе ($p<0,05$). На момент обследования туберкулезные изменения в легких обнаружены у 11,17% пациенток 1 группы и у 4,26% женщин 2 группы ($p<0,05$). Изучение репродуктивной функции выявило: 44,16% женщин 1 группы страдали бесплодием, из них первичным – 26,19% (во 2 группе – 10,65% и 3,22% соответственно, $p<0,05$). По данным гистеросальпингографии, у 42,84% пациенток 1 группы диагносцирован туберкулезный эндометрит, у 51,14% – туберкулезный сальпингит, у 6,02% – смешанная форма ГТ (во 2 группе – 49,15%, 40,71%, 10,14% соответственно, $p<0,05$). По данным диагностической лапароскопии, в 1 группе у 46,24% женщин обнаружены воспалительно измененные трубы без спаечного процесса, у 24,32% – периаднексит и параметрит с рыхлой облитерацией заднего свода влагалища, у 3,45% – флебэктазии (во 2 группе – 31,98%, 11,14%, 1,49% соответственно, $p<0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, для женщин с неблагоприятным социально-экономическим положением характерно клинически более выраженное течение ГТ. У них достоверно чаще встречались нарушения менструального цикла по типу гипоменструального синдрома, перенесенный туберкулез легких в анамнезе. Частота бесплодия, особенно первичного, у таких больных была

достоверно выше, что обусловлено значительным вовлечением в патологический процесс маточных труб.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОК УНИВЕРСИТЕТА: РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ

Архипова М.П., Хамошина М.Б., Руднева О.Д., Лебедева М.Г.

РУДН, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Крайне важной проблемой для общества и специалистов, оказывающих лечебно-профилактическую помощь подросткам и молодежи, является охрана репродуктивного здоровья девушек – будущих матерей. Существенно меняющиеся в последние годы сексуальное и контрацептивное поведение ассоциируется с высоким риском инфекций, непланируемой беременности и абортов, тем самым негативно влияя на репродуктивный прогноз молодежи. Крайне важной проблемой для общества и специалистов, оказывающих лечебно-профилактическую помощь подросткам и молодежи, является охрана репродуктивного здоровья девушек – будущих матерей. Существенно меняющиеся в последние годы сексуальное и контрацептивное поведение ассоциируется с высоким риском инфекций, непланируемой беременности и абортов, тем самым негативно влияя на репродуктивный прогноз молодежи.

ЦЕЛЬ

Исследование проведено с целью определения закономерности формирования репродуктивного поведения студенток университета.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнен анализ результатов опроса 1821 студенток Российского университета дружбы народов (Москва, Россия), из их числа с учетом критериев включения (возраст 18–25 лет, гражданство РФ, очное обучение) сформирована исследуемая группа (n=427). Массив данных подвергли факторному и кластерному анализу. Для оценки эффективности внедренных в университете образовательных программ по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья студентки были стратифицированы в зависимости от освоения курса (прослушали – 110; не прослушали – 317), межгрупповые различия считали достоверными при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Факторный анализ показал, что вклад в репродуктивное поведение студенток университета вносят сексуальный дебют до 16 лет (3,389), степень информированности об ИППП (3,099), приемлемость получения информации по вопросам репродуктивного поведения (2,873), источники этой информации (2,796), критерии выбора контрацепции (2,704), практика прерванного полового акта (2,601), личные установки на деторождение (2,528), использование оральных контрацептивов (2,483), мотивации для сексуальных отношений (2,483, использование контрацепции (2,168). В результате кластерного анализа выделены два эмпирических типа репродуктивного поведения студенток университета, которые были определены как «репродуктивное поведение низкого и высокого инфекционного риска». Для девушек, вошедших в первый кластер, оказались характерны сексуальный дебют в возрасте старше 16 лет, моногамные отношения, низкая частота использования ОК, высокая частота использования презерватива, практика прерванного полового акта. Они недостаточно информированы о риске ИППП, получают эту информацию из многочисленных источников и считают необходимыми образовательные программы по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. Во второй кластер вошли девушки, информированные о риске ИППП, которые не считают для себя необходимым участие в образовательных программах по вопросам по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья и ориентируются на мнение подруг, партнеров и членов семьи. Эти студентки мотивированы на сексуальные отношения, имеют сексуальный дебют в 16 лет и менее, отличаются приемлемостью и практикой промискуитета. Они регулярно используют ОК, однако не используют

барьерные методы. Установлено, что девушки, вошедшие во второй кластер, достоверно чаще имели в анамнезе указание на перенесенные сифилис (p<0,05), трихомониаз (p<0,05), хламидийную инфекцию (p<0,05). Установлено, что студентки, прослушавшие курс по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, выше оценивают свой уровень знаний (p<0,05), отличаются более высокой приемлемостью такого рода программ (p<0,05) и врачей как источника информации (p<0,05), лучше осведомлены о рисках и безопасности ОК (p<0,05), чаще регулярно используют контрацепцию (p<0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Формирование репродуктивного поведения высокого, прежде всего инфекционного, риска у студенток университета предопределяют ранний сексуальный дебют, практика промискуитета, использование КОК при отказе от барьерных методов, неадекватные источники информации по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. Подтверждена необходимость внедрения сертифицированных образовательных программ по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья в университетах.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТОК С ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Ахмадиева Л.А., Сайгина Ю.А.

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В мире насчитывается 60–80 млн бесплодных пар. По данным различных авторов это соответствует частоте бесплодных браков 5–50% в различных регионах мира, в том числе первичное бесплодие составляет от 2 до 32%. В России этот показатель колеблется в пределах 10–20%, ввиду чего сохранение и восстановление репродуктивного здоровья являются важнейшими медицинскими задачами.

ЦЕЛЬ

Определить соматическую и генитальную патологию у пациенток с первичным и вторичным бесплодием для оптимизации ведения прегравидарной подготовки и взаимодействия со специалистами смежных специальностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 99 истории болезни в гинекологическом отделении БУЗ З ГБ МЗ УР города Ижевска за 6 месяцев 2014 года, из которых 57 больных первичным бесплодием (57,5%) и 42 – (42,4%) с вторичным бесплодием. В настоящей работе использовался метод статистического анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основе изучения данных гинекологического анамнеза у женщин с бесплодием I были выявлены нарушения, которые разделили на группы: с альгодисменореей 19 чел. (35%), гиперменструальным синдромом 15 (25%), гипоменструальным синдромом 10 (18%). Во 2-ой группе пациенток с бесплодием II встречались: замершая беременность 3 чел. (7%), медицинский аборт 7 (18%), искусственный аборт 4 (8%), самопроизвольный аборт 5 (12%).

Варианты гинекологической патологии в описываемой группе у 23 больных (54%) представлены: хронический сальпингоофорит 3 (13%), ХЭ 17 (73%), ММ 3 (13%), эрозия шейки матки 6 (26%), гипоплазия эндометрия 2 (15%), ГЭ 10 (43%), ВЗОМТ 1 (4,3%), аномалии развития матки 3 (13%). Имевших хирургические вмешательства в этой группе было 14 больных (33,3%): лапароскопичекие операции 2 (4%), герниопластика 2 (14%), аппендэктомия 3 (21%), лапаротомии 2 (14%), кесарево сечение 1 (7%), тубэктомия 1 (7%), выскабливания 1 (7%). Половые инфекции зарегистрированы у 5 больных (11%): уреаплазменная инфекция – 2 (40%), ВПЧ – 1 (20%), хламидийная –1 (20%).

В группе пациенток с бесплодием I было выявлено наличие соматической патологии 16 (27%). Спектр заболеваний включал в себя: пиелонефрит –2 (12%), ПМК – 1 (6,6%), остеохон-

дроз – 1 (6,6%), пневмония в анамнезе – 1 (6,6%), гипотиреоз – 1 (6,6%), холецистит – 1 (6,6%), дизентерия – 1 (6,6%). Гинекологическая патология была определена у 45 (78,9%) и включала: полип эндометрия – 3 (6,6%), хронический сальпингоофорит – 26 (26%), ХЭ – 16 (35%), ММ – 5 (11%), эрозия шейки матки – 8 (17%), гипоплазия эндометрия – 2 (4%), ГЭ – 4 (8%), ВЗОМТ – 3 (6%). У 8-ми больных с бесплодием I (14) были операции в анамнезе: 4 (50%) лапароскопические операции, аппендэктомия – 5 (62%), лапаротомии – 1 (12%), овариэктомия – 1 (12%). Генитальные инфекции выявлены у 6 пациенток (10%), из которых уреаплазменная инфекция – 2 (33%), ВПЧ – 1 (16%), хламидийная – 2 (33%), микоплазменная – 1 (16%), кандидоз – 1 (16%). В группе больных с бесплодием II соматическая патология найдена у 11 (26,1%), из которых пиелонефрит – 2 (18%), ЖКБ – 1 (9%), ангина – 2 (18%), панкреатит – 1 (9%), гастрит – 2 (18%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе анализа выявлено, что факторами риска у пациенток с бесплодием I являются варианты нарушения менструального цикла, такие как: гиперменструальный синдром, гипоменструальный синдром, альгоменорея. У пациенток с бесплодием II – наличие абортов, патологии беременности в анамнезе.

При сравнении групп пациенток с бесплодием I и II выявлялось различное сочетание гинекологической и соматической патологии. При прегравидарной подготовке необходимо участие не только гинеколога, но и терапевта, венеролога, гастроэнтеролога.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ БРЮШНОЙ ТИФ

Ашурова Н.М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным ВОЗ, только в развивающихся странах ежегодно регистрируется более 33 млн. случаев брюшного тифа. В 1997 году в Таджикистане было зарегистрировано свыше 26 тысяч заболевших брюшным тифом, из них умерли 337 (1,3%) (Н.С. Одинаев и соавт., 2014). В период полового созревания и выполнения репродуктивной функции вступает тот контингент женщин, которые родились и росли, а также перенесли это заболевание в период эпидемии брюшного тифа в стране. Немногочисленные исследования таджикских ученых свидетельствуют об осложненном течении беременности и родов у женщин, перенесших брюшной тиф (С.Д. Мирсабурова, 2001, Р.Ш. Ашурова, 2004). Несмотря на успехи в профилактике и лечении после перенесенного брюшного тифа частота регистрации осложнений остается высокой (Ю.В. Лобзин, 2011).

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилось изучение медико-социальных аспектов здоровья женщин, перенесших брюшной тиф.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели нами были анкетированы 96 женщин, которые перенесли брюшной тиф в анамнезе (основная группа) и госпитализированные в период 2003–2015 гг. на базе Городской инфекционной больницы г. Душанбе. Группу сравнения составили 20 женщин, не перенесших брюшной тиф.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Степень тяжести перенесенного брюшного тифа была легкой у 5,2% пациенток, средней тяжести – у 35,4% и тяжелой – у 59,4%. Все жен-

щины на момент исследования были активного репродуктивного периода (20–34 года). Средний возраст в основной группе составил 25,4 ± 0,5 лет, в контрольной группе – 28,3 ± 0,88 лет. Начало половой жизни в основной группе составил 18,5 ± 0,5 лет, в группе контроля – 20,7 ± 0,5. В основной группе домохозяйки составили 81,3%, студентки 10,4%, работающих было – 8,3%. Пациенток из сельской местности было 54,2%, городской – 45,8%. При изучении паритета в основной группе выявлены после первых родов 27,5% пациенток, после повторных (2–3 родов) – 47,5%, многорожавших – 25%. Репродуктивный анамнез был отягощен следующими: до брюшного тифа на вакуум-аспирацию указали 14,6%, неразвивающуюся беременность – 6,3%, самопроизвольный выкидыш в ранние сроки – 10,4%, запоздалые роды – 6,3%, после перенесенного брюшного тифа: вакуум-аспирации – 10,4%, неразвивающаяся беременность – 18,8%, самопроизвольный выкидыш – 13,5%, запоздалые роды – 8,3%. В группы контроля самопроизвольный выкидыш был у 2-х пациенток, вакуум аспирация – у 3-х. Гинекологический анамнез: до брюшного тифа указание на метроэндометрит было у 12,5% пациенток, после перенесенного брюшного тифа – у 56,3%, воспаление придатков – 4,2% и 22,9%, соответственно, нарушение менструального цикла – 42,7% и 88,6 %, патология шейки матки 2,1% и 16,7% соответственно, первичное бесплодие 4,2% и 10,4%, вторичное бесплодие – 1% и 15,5% соответственно. Перенесенные заболевания основная группа – острая респираторная вирусная инфекция – 88,5%, пиелонефрит – 43,7, ЙДЗ -29,2%, анемия -20,8%; группа контроля – острая респираторная вирусная инфекция – 95%, пиелонефрит – 25%, ЙДЗ – 5%, анемия – 10%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ результатов анкетирования показал уязвимость и высокую подверженность к заболеваниям как генитального, так и экстрагенитального характера пациенток, перенесших в прошлом брюшной тиф, и диктует о необходимости проведения тщательных реабилитационных мероприятий после выписки из стационара.

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВУШЕК НА ФОНЕ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Бабенко-Сорокопуд И.В., Яковлева Э.Б., Железная А.А., Говоруха И.Т., Желтоноженко Л.В., Золото Е.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ

Нарушения менструального цикла (НМЦ) с признаками расстройства пищевого поведения, такого как нервная анорексия (НА), по данным Республиканского отчета за 2014–2015 гг., встречается в Донецком регионе с частотой 2,2% у девушек 13–18 лет, у 4,5% пациенток с гипоменструальным синдромом.

ЦЕЛЬ

Повышение эффективности лечения нарушений менструального цикла у девушек-подростков на фоне нервной анорексии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились девушки 13–18 лет с нервной анорексией. Определяли гормоны ЛГ, ФСГ, эстрадиол, кортизол в крови, а также состояние эмоционального фона девушек.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У девушек с обозначенной патологией регистрируется в анамнезе: наследственная отягощенность по психическим заболеваниям (11,6%); осложненное течения перинатального периода (51,7%); соматоневрологическая (15,9%) и соматическая заболеваемость (болезни органов пищеварения – 79,9%, лор-органов – 37,1%); внутрисемейные проблемы (67,4%); характерологические особенности девушек в виде акцентуации характера (95,5%) и дисгармоничного воспитания в семье (85,4%). Выявлено, что НМЦ на фоне НА являются одним из первых симптомов у девушек (27%), когда выраженного дефицита массы тела еще нет (МРИ 17,8 (18,5–17,7) кг/м2), после появления НМФ ускоряется темп похудение, а вос-

становление массы тела до исходной – МРИ 18,6 (19,8–18,1) кг/м2 не всегда сопровождается возобновлением менструальной функции (10,9%). Выявленные нарушения отображают регрессию нейроэндокринных механизмов регуляции репродуктивной функции к уровню первой фазы пубертатного периода: снижение секреции гонадотропинов ЛГ – 1,1 (0,7–1,2) МЕ/л, ФСГ – 3,3 (3,2–3,5) МЕ/л, значения соотношения ЛГ/ФСГ – 0,3 (0,2–0,4) и эстрадиола – 26,4 (14,7–34,6) пг/моль; повышение кортизола – 720,1 (600,3–734,3) нмоль/л ($p<0,05$). Определено, что гормональные изменения нашли отображение в картине ЭЭГ и в эхографии внутренних гениталий пациенток.

У девушек с нарушением менструального цикла на фоне нервной анорексии зарегистрировано наличие акцентуаций характера (95,5% случаев) с достоверным преобладанием истероидного (38,2%), шизоидного (17,9%) и эпилептоидного (16,9%) типов; наличие дисгармоничного типа семейных взаимоотношений (85,4% случаев), с преобладанием потворствующей гиперпротекции (34,8%) и повышенной моральной ответственности (15,7%) – в патогенезе развития ПМФ и НА важное значение имеют ведущие черты характера, которые следует учитывать при проведении индивидуальной, групповой и семейной психотерапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение разработанного комплекса диагностики, лечение и профилактики нарушений менструального цикла у пациенток на фоне нервной анорексии позволило своевременно проводить соответствующие профилактические мероприятия, что способствовало восстановлению нормальной менструальной функции у 82,6% девушек. Для раннего выявления и профилактики нарушений менструальной функции и нервной анорексии профилактические осмотры девушек надо проводить мультидисциплинарной командой вместе с психотерапевтом и целенаправленно информировать их родителей и преподавателей о влиянии массы тела и психического здоровья на репродуктивную систему.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ПОДРОСТКОВ

Балакшина Н.Г., Кох Л.И., Пономарев Е.И., Деркачева Л.К., Соклакова И.В., Бушуева Е.В., Розанова А.А., Колпащиков Д.В.

Областная клиническая больница, гинекологическое отделение, г. Томск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре гинекологической заболеваемости детского и подросткового возраста удельный вес опухолевидных образований колеблется от 4,8 до 11,5% (Коколина В.Ф., 2008). Функциональные кисты (ФК) яичников у подростков встречаются в 21,8%

ЦЕЛЬ

Изучить особенности диагностики и лечения ФК у девочек-подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 101 пациентка в возрасте от 12 до 17 лет: с 12 до 14 лет – 33 (33%), с 15 до 17 лет – 68 (67%). Все больные поступили с жалобами на болезненные месячные, боли внизу живота, нарушение менструального цикла. Ранее перенесенные заболевания отмечались у 68% пациенток: сердечно-сосудистые (8%), заболевания почек (16%), заболевания желудочно-кишечного тракта (30%), заболевания центральной нервной системы (2%), заболевания дыхательной системы (4%), анемия (8%). У 28% больных были гинекологические заболевания в анамнезе: аднексит (8%), абсцесс бартолиневой железы (2%), кольпит (18%). Половой жизнью жили 53% девушек, из них с 13 лет – 10%, с 15 лет – 25%, с 16 лет – 18%. Беременность имели 2 % пациенток.

Проведено обследование: сбор анамнеза, объективное, влагалищное, ректальное, обще-

клиническое исследование, биохимическое, коагулограмма, бактериологическое, бактериоскопическое, ультразвуковое исследование гениталий, щитовидной железы, надпочечников, почек, брюшной полости, проведены консультации педиатра, эндокринолога, окулиста, невропатолога, ЛОР-врача. У мам девочек собраны жалобы, подробный анамнез. При ректальном исследовании в области придатков с одной стороны обнаружены округлые, подвижные, болезненные, либо чувствительные образования. Размеры их были различными: до 4–5 см (50%), до 6–7см (30%), до 10 см (20%). По данным ультразвукового исследования кисты имели тонкую капсулу 1–2 мм, однокамерные, без перегородок, с гипоэхогенным содержимым однородного характера. После всестороннего обследования всем пациенткам был выставлен диагноз ФК яичника: желтого тела (10%), фолликулярная (30%), воспалительного генеза (56%), паровариальная (4%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Консервативное лечение проводилось всем девочкам. Комплекс медикаментозной терапии включал: инфузионную, спазмолитики, витаминотерапию группы В и преформированные факторы Длительность лечения составила 12 дней. Все больные выписаны с выздоровлением. Девочки с впервые установленными паровариальными кистами выписаны без жалоб под динамическое наблюдение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, кисты у детей наблюдаются в любом возрасте, но чаще возникают в период становления репродуктивной системы, не имеют специфической клинической картины, характерной для какого-либо вида, диагностируются при ультразвуковом исследовании. Консервативное лечение ФК у девочек подросткового периода является эффективным и позволяет сохранить фолликулярный аппарат яичников.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СРЕДСТВ, СОДЕРЖАЩИХ МОЛОЧНУЮ КИСЛОТУ, В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

Батыров З.К., Уварова Е.В., Латыпова Н.Х., Кумыкова З.Х., Киселева И.А., Буралкина Н.А.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Слизистая оболочка влагалища женщин репродуктивного возраста характеризуется формированием устойчивой и сбалансированной экосистемы, функционирование которой зависит от правильного взаимодействия макро- и микроорганизмов. Изменения в качественном и количественном составе вагинального микроценоза на фоне различных патологических состояний, как правило, сопровождаются смещением pH в щелочную сторону, что нарушает сбалансированную работу экосистемы и проявляется классическим симптомами бактериального вагиноза. Однако использование антимикробных препаратов не гарантирует достижения лечебного эффекта, а многократные курсы терапии способствуют приспособительной устойчивости патогенов, многократно снижая результативность лечения у таких пациенток.

ЦЕЛЬ

Определить клиническую эффективность комплексного использования интимного жидкого мыла и геля содержащих молочную кислоту у подростков после комплексного лечения бактериального вагиноза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 30 девочек-подростков в возрасте от 11 до 17 лет (14±4 года),

имевших клинические и лабораторные признаки бактериального вагиноза и проходивших обследование и лечение в отделении гинекологии детского и подросткового возраста ФГБУ «НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова».

Обязательными критериями включения в исследование было отсутствие использования в течение как минимум месяца антибактериальной, гормонсодержащей и пробиотической терапии, а также отсутствие кровяных выделений из половых путей на момент обследования и лечения.

Девушек опрашивали на предмет особенностей их гигиенических навыков, в том числе выясняли тип и кратность использования для интимной гигиены косметических средств. Алгоритм обследования включал общеклинический, гинекологический осмотр. После оценки состояния наружных половых органов всем девушкам производили контроль уровня pH влагалища. Всем девочкам-подросткам были разъяснены правила гигиенического ухода за промежностью и наружными половыми органами и рекомендовано использовать интимное жидкое мыло гель содержащие молочную кислоту. Повторный осмотр осуществляли через 1 и 3 месяца с оценкой жалоб, и особенностей гигиенического ухода (по бальной шкале), с уточнением гинекологического статуса, с контролем pH-метрии влагалища и мазков.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе жалоб в исходном цикле обследования оказалось, что наличие периодически возникающего зуда кожи промежности указали 9 (30%) опрошенных, 8 (26,6%) испытывали дискомфорт различной степени выраженности при ношении белья и ежедневных прокладок, у 13,3% отмечалось ощущение инородного тела во влагалище, а 4 (13,3%) девочки испытывали периодическое жжение и боль в области половых органов. Опрос девушек на предмет личной гигиены показал, что интимный уход с использованием какого-либо моющего средства как вне, так и во время менструальных кровотечений осуществляли все опрошенные, из их числа твердое мыло применяли 23 (76,6%), косметический гель для душа без учета его pH – 8 (26,6%) респондентов. Средняя оценка комфортности используемого средства вне менструации в среднем составила 3,5 по балльной шкале от 0 до 5 баллов. Однако в менструальные дни 22 (73,3%) девочки оценили его комфортность лишь на 2,9 балла, а 8 пациенток отказались от использования любого косметического средства, сославшись на зуд или жжение после их применения. Контрольный осмотр через 1 месяц после завершения терапии был проведен всем 30 девушкам. Оценка самочувствия, гинекологический осмотр, а также pH-метрия не выявили отклонения от возрастных нормативов. Контроль заселения слизистой оболочки влагалища Lactobacillus spp. в структуре общей бактериальной массы по результатам ПЦР в режиме реального времени у пациенток, получивших 15-дневный курс приема пробиотика без последующей поддержки гелем и мылом содержащих молочную кислоту составил 47,5%, а в группе комплексного ухода – 74,1% ($p<0,05$).

На финальный осмотр спустя еще 3 месяца после отмены пробиотиков явились 27 (90%) девочек. Предложенное для интимной гигиены жидкое мыло продолжали использовать по рекомендованной схеме 10 (70,3%) из 15 девочек второй группы. Остальные 4 (29,6%) указали на невозможность приобретения средства в своем регионе. Контроль заселения слизистой оболочки влагалища Lactobacillus spp. в структуре общей бактериальной массы по результатам ПЦР в режиме реального времени у пациенток, получивших 15-дневный курс приема пробиотика без последующей поддержки гелем и мылом содержащих молочную кислоту, составил 42%, а в группе комплексного ухода – 70,8% ($p<0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, обнаружение бактериального вагиноза у девушек подростков требует обязательного комплексного подхода, включающего в себя не только стандартную антибактериальную и последующую пробиотическую, но и гигиеническую коррекцию.

ВЛИЯНИЕ ВИЧ/СПИД-ЗАБОЛЕВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Бегишева Р.Р., Меркушкина Т.А., Залялиева М.В.

Институт иммунологии, г. Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

Регуляция процессов репродуктивной функции в организме женщины происходит при участии, как нейроэндокринной, так и иммунной систем. Прогрессирующий иммунодефицит при ВИЧ инфекции сопровождается значительными изменениями физиологических параметров, в том числе и эндокринных.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось изучение гормонов эстрадиола, пролактина и кортизола у ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали 88 ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста на 3-й и 4-й клинической стадии ВИЧ/СПИД. Все пациенты состояли на учете в Республиканском центре по борьбе со СПИДом. Диагноз ВИЧ/СПИД-заболевания был установлен методом ИФА и подтвержден методом иммуноблоттинга. Концентрацию гормонов определяли с помощью стандартных коммерческих наборов реактивов фирмы Human (Германия) согласно инструкции производителя. Кровь у пациентов для анализа забирали в первой половине дня натощак в сухую пробирку. Концентрацию гормонов определяли в сыворотке крови, которую до проведения анализа хранили в глубокой заморозке. Контрольную группу составили 12 практически здоровых женщин аналогичного возраста.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний уровень пролактина в группе ВИЧ-инфицированных составил 26,3±3,5 нг/мл, что в 3,5 раза выше, чем в группе контроля – 7,52±1,4 нг/мл, ($p<0,001$). Средний уровень кортизола составил 167,6±15,3 нг/мл, что было в 1,2 раза выше контрольных значений – 130,6 ±26,3 нг/мл, ($p>0,05$). Средний уровень эстрадиола – 30,4±2,8 пг/мл, что в 1,5 раза ниже уровня контрольной группы – 47,5±8,5 пг/мл, ($p<0,05$). Повышенный уровень пролактина был выявлен у 31 женщины (35,2%), что в среднем составило 52,0±8,0 нг/мл, при норме 1,2–19,5 нг/мл ($p<0,001$). Концентрация кортизола была повышена у 12 женщин (13,6%), что в среднем составило 336,7 ± 23,0 нг/мл, при норме 50–250 нг/мл ($p<0,01$). У 7 женщин с повышенным уровнем кортизола был повышен и уровень пролактина. Уровень эстрадиола определяли, учитывая фазу менструального цикла. Содержание эстрадиола было снижено у 56 женщин – 63,6% и в среднем составило 16,3±2,3 пг/мл, при нормальных значениях 30–120 пг/мл в фолликулярную фазу и 70–250 пг/мл в лютеиновую фазу менструального цикла.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при ВИЧ/СПИД-заболевании нарастающий иммунодефицит, сопровождается выраженной перестройкой гормонального фона женщин. Кортизол, так же как и пролактин, тормозит выработку гонадолиберинов в гипоталамусе и гонадотропных гормонов в гипофизе, чем можно объяснить снижение уровня гормона эстрадиола. В то же время, у женщин с нормальными показателями пролактина и/или кортизола также отмечалось значительное снижение эстрадиола в сыворотке крови, что возможно связано непосредственным воздействием ВИЧ или оппортунистических инфекций на функцию половых желез женщин. Изучение уровней гормонов пролактина и кортизола может быть полезным для прогноза прогрессии ВИЧ/СПИД-заболевания, так как данные гормоны участвуют не только в регуляции эндокринных и иммунных реакций организма, но определяют и направление метаболизма. Снижение уровня полового

гормона эстрадиола у женщин имеет меньшее значение для прогноза продолжительности течения ВИЧ-инфекции, но свидетельствует об ухудшении качества жизни обследованных женщин.

ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПОВ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Беглова А.Ю., Елгина С.И.

МБУЗ «Клиническая поликлиника №5», Женская консультация №1, г. Кемерово

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – наиболее часто встречающееся эндокринное заболевание женщин репродуктивного возраста, приводящее к гиперандрогении и ановуляторному бесплодию. Для синдрома свойственна гетерогенность клинико-лабораторных характеристик, различное сочетание которых лежит в основе разных фенотипов синдрома. Согласно клиническому протоколу «СПКЯ в репродуктивном возрасте (Москва, 2015 г.)» выделяют четыре фенотипа синдрома: основной, для которого характерны все три составляющие синдрома (ановуляция, гиперандрогения, эхографические признаки поликистоза яичников), ановуляторный (ановуляция, гиперандрогения), овуляторный (гиперандрогения, эхографические признаки поликистоза яичников) и неандрогенный (ановуляция, эхографические признаки поликистоза яичников). Особенности выявленного фенотипа у женщин с СПКЯ влияют на тактику лечения данной группы пациенток. До настоящего времени фенотипы у женщин акушерами-гинекологами г. Кемерово не определялись и в диагноз не выносились.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось изучение распределение пациенток с СПКЯ согласно фенотипам.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно проанализированы истории болезни 30 женщин, находившиеся на амбулаторном наблюдении в МБУЗ «КП №5, Женская консультация №1» г. Кемерово. Диагноз СПКЯ устанавливался на основании критериев Американского и Европейского обществ репродукции. Индекс массы тела – 25–29,9 кг/см². Основной причиной обращения пациенток, было бесплодие (первичное – у 8, вторичное – у 22 женщин). Всем пациенткам проводилось комплексное обследование согласно клиническому протоколу. Забор крови для гормонального анализа осуществлялся на 3 день менструального цикла.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате обследования женщин основной фенотип определен у 16 (53,3 %) пациенток; овуляторный – у 8 (26,6 %); неандрогенный – у 4 (13,6 %); ановуляторный – у 2 (6,6 %).

Пациентки с основным фенотипом находились в возрасте от 20 до 33 лет (средний возраст 26,65±3,88 года). Овуляторная дисфункция по типу олигоменореи и поликистозная морфология яичников по УЗИ была у 8 женщин. Объем яичника составил от 8,1 до 16,2 см3. Уровень общий тестостерон – 2,19±0,66 нмоль/л. Пациентки с овуляторным фенотипом находились в возрасте от 22 до 32 лет (средний возраст 24,36±4,97). Нарушение менструальной функции не отмечалось. Поликистозная морфология яичников по УЗИ определена у 6 женщин. Объем яичников составил от 10,8 до 17,6 см3. Уровень общего тестостерона – 1,97±0,61 нмоль/л.

Пациентки с неандрогенным фенотипом находились в возрасте от 20 до 30 лет (средний возраст 26,62±4,66). Менструальный цикл по типу олигоменореи и поликистозная морфология яичников по УЗИ была у 4 женщин. Объем каждого яичника составил от 11,3 до 16 см3. Уровень общего тестостерона – 1,57±0,46 нмоль/л.

Пациентки с ановуляторным фенотипом находились в возрасте от 22 до 31 года (средний возраст 18,6±2,19 года). Менструальный цикл по типу олигоменореи и поликистозная морфология яичников по УЗИ была у 2 женщин. Объем каждого яичника соответствовал норме и составил от 7,4 до 9,1 см3. Уровень общего тестосте-

рона так же соответствовал норме и находился в пределах от 1,24 до 2,93 нмоль/л.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, среди обследованных пациентов у 53,3% был выявлен основной фенотип или классическая форма СПКЯ, в остальных случаях определялись неполные фенотипы, которые диагностировались гораздо реже. Проведенное исследование подтверждает важность определения фенотипа у женщин с СПКЯ с обязательным отражением его в диагнозе.

НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВУЛЬВЫ, ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ

Бойко Е.Л.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

В постклимактерическом периоде не стоит отказываться от посещений гинеколога, поскольку наступление менопаузы не значит, что у пожилой женщины не будет проблем по женской части. Есть заболевания, которые возникают у старших женщин, например, лейкоплакия вульвы. Лейкоплакия вульвы является основным проявлением плоскоклеточной гиперплазии – дистрофического заболевания вульвы с поражением многослойного плоского неороговевающего эпителия. При лейкоплакии вульвы существует риск развития клеточной атипии и потенциальная возможность ее перерождения в рак вульвы (от 5 до 35% случаев).

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность использования медицинского озона в лечении лейкоплакии вульвы у женщин в менопаузе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 200 женщин с лейкоплакией вульвы в возрасте 65–70 лет, с длительным течением основного заболевания от 3 до 5 лет. Первую группу составили женщины, которым дополнительно к медикаментозной терапии была включена озонотерапия (n=100), вторую – пациентки, которым проводилась только традиционная медикаментозная терапия (n=100). Озонотерапия проводилась через день внутривенной капельной инфузией физиологического раствора 200,0 в течение 20 минут, 5–6 процедур на курс. Озонирование физиологического раствора осуществлялось с помощью установки озонотерапевтической с деструктором озона УОТА-60–01-«Медозон». Парентеральное введение сопровождалось местным применением озона, при котором выполнялись орошения промежности и влагалища озонированным физиологическим раствором с концентрацией озона 9–10 мг/л, 5 процедур через день на курс. Местное лечение продолжали с использованием озонированного масла «Озонид» длительно. Медикаментозная терапия включала: диету, помощь психотерапевта, десенсибилизирующую и седативную терапию. Для оценки эффективности реабилитационных мероприятий нами взяты группы больных, однотипных по своей клинической характеристике.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентки обоих групп (100%) предъявляли жалобы на упорный и длительный зуд в области наружных половых органов, усиливающийся после мочеиспускания, ночное время суток, при перегревании и физической нагрузке. У всех женщин (100,0%) возникало чувство болезненности и сухости в области вульвы. При гинекологическом осмотре у всех выявлялись характерные белесые очаги и расчесы на слизистой вульвы. Микроскопия мазка и на онкоцитологические изменения слизистой вульвы указывали на вяло текущий воспалительный процесс. Вульвоскопия выявляла малопрозрачную ороговевающую бугристую поверхность слизистой, отсутствие или невыраженность сосудистого рисунка. Использование медицинского озона в терапии лейкоплакии вульвы позволило значительно

уменьшить выраженность проявления зуда. Уже после первой процедуры озонотерапии 98% женщин отмечали улучшение самочувствия и нормализацию сна; у 85% женщин – уменьшение болезненности в области патологического процесса. После третьей процедуры 95% женщин отмечали купирование болевого синдрома, улучшение аппетита и качества жизни. Дополнительное длительное местное применение масла «Озонид» на пораженные области способствовало улучшению качества жизни. Продолжительность ремиссии при лейкоплакии вульвы удлинялась в среднем до 4–6 мес., у части больных (25%) ремиссия составила 1 год и более.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование озонотерапии в комплексном лечении лейкоплакии вульвы показано у женщин в менопаузе и позволяет достигнуть значительной ремиссии в течение заболевания.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННОМ БЕСПЛОДИИ

Вандеева Е.Н., Протасова А.Э.

ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным статистики Российской Федерации с 2004 года отмечен неуклонный рост частоты женского бесплодия у женщин в возрасте 18–49 лет с 146,6 до 244,6 на 100 000 женского населения в 2014 г. Генитальный эндометриоз описан в 35–50% случаев бесплодия. Рак молочной железы с 64,8 увеличился до 83,0 на 100000 женского населения в 2014 в сравнении с 2004 годом. В литературе описаны разноречивые данные о доброкачественной патологии молочной железы при бесплодии.

ЦЕЛЬ

Определить сопутствующую доброкачественную патологию молочной железы при эндометриоз-ассоциированном бесплодии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на основании клинико-анамнестических и гистологических данных, протоколов ультразвукового исследования и оперативного вмешательства 80 пациенток, от 25 до 35 лет, проходивших лечение в ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России с 2011 по 2015 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст больных составил 30 лет (±4,6). Длительность бесплодия колебалась от 3 до 5 лет. Всем пациенткам выполнена лапароскопическая операция и УЗИ молочной железы.

При эндовидеолапароскопической операции у 61 (76,2%) пациентки обнаружен эндометриоз I–II стадии, эндометриоз III–IV стадии диагностирован у 19 (23,7%) человек.

Одной из сопутствующих патологий у данных групп пациенток была выявлена фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ) молочной железы. Классификация форм ФКБ проводилась согласно МКБ-10. ФКБ выявлена у 71 пациентки, что составило 93,7% случаев.

Из 61 пациентки с эндометриозом I– II стадии у 9 (11,25%) патологии молочной железы не выявлено.

В группе пациенток с эндометриозом I– II стадии у 32 (40%) был установлен диагноз ФКБ с преобладанием железистого компонента, у 13 (16,2%) – с преобладанием кистозного компонента. 5 (6,25%) женщин – ФКБ с преобладанием фиброзного компонента, 2 (2,5%) – ФКБ смешанная форма.

В группе пациенток с эндометриозом III – IV стадии диагностировано 5 (6,25%) случаев ФКБ с преобладанием железистого компонента, у 6 (7,5%) – ФКБ с преобладанием кистозного компонента. У 5 (6,25%) женщин ФКБ с фиброзным компонентом, у 3 (3,75%) – ФКБ смешанная форма.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявлен высокий уровень заболеваемостью доброкачественными заболеваниями молочной железы при эндометриоз-ассоциированном бесплодии, в зависимости от стадии эндометриоза.

УРОВЕНЬ ГРЕЛИНА У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И РАССТРОЙСТВАМИ ЖИРОВОГО ОБМЕНА

Ведзижева Э.Р., Кузнецова И.В., Успенская Ю.Б., Васильева И.В.

НИО Женского здоровья НИЦ ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Расстройства жирового обмена в значительной степени влияют на формирование нарушений репродуктивного здоровья женщин. Среди многочисленных факторов, принимающих участие в патогенетических механизмах этих нарушений, в последнее время в фокусе интересов ученых находится гормон грелин, играющий важную роль в контроле пищевого поведения и энергетического гомеостаза.

ЦЕЛЬ

Оценка уровня грелина у женщин, страдающих расстройствами репродуктивной функции на фоне нарушений жирового обмена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 148 женщин в возрасте от 17 до 43 лет (средний возраст 30,41±5,8 лет), которые были разделены на 3 группы: I группа – 48 женщин с нормальным ИМТ и дислипидемией; II группа – 66 женщин с ожирением I–III ст. и отсутствием дислипидемии; III группа – 34 женщины с ожирением I-III ст. и дислипидемией. ИМТ у пациенток 1 группы составил 21,44±4,99, 2 группы – 32,70±4,99 и 3 – 31,48±5,0.

Все больные проходили стандартное клинико-лабораторное обследование. Пациенткам проведены оценка липидного профиля, а также уровня глюкозы, инсулина, гормонов лептина и грелина. Проводилось вычисление индекса инсулинорезистентности HOMA-IR (норма <2,77) и индекса атерогенности (дислипидемия при ИА ≥3).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основной гинекологической проблемой, выявленной у обследованных женщин, было нарушение менструального цикла в виде олигоменореи (44,6%) и гиперменореи (23,0%). Олигоменорея выявлена у 20 (41,6%), 18 (27,3%) и 28 (82,4%) женщин 1–3 групп соответственно, а гиперменорея – у 0, 18 (27,3%) и 16 женщин (47,1%).

Пациентки 3 группы были статистически значимо старше пациенток 1 и 2 группы ($p<0,05$). Индекс HOMA был выше у пациенток 2 и 3 групп: 3,24±1,16 и 3,19±0,97 соответственно, чем у пациенток 1 группы – 1,35±0,67 ($p<0,05$). Уровни ХС, ЛПНП были выше у пациенток 1 и 3 группы, по сравнению со 2 группой ($p<0,05$), следствием чего было повышение ИА у пациенток 1 и 3 группы по сравнению со 2 группой ($p<0,05$). Лептин был существенно ниже у пациенток без ожирения и с дислипидемией (1 группа – 6,36±2,91 нг/мл), чем у пациенток 2 и 3 групп – 28,38±16,64 нг/мл и 27,19±13,94 нг/мл соответственно) ($p<0,05$). Грелин отрицательно коррелировал с уровнем лептина ($r=-0,285$; $p<0,05$) и был минимальным у пациенток 3 группы (758,0±29,8 нг/мл) и максимальным у пациенток 1 группы (1733,8±154,4 нг/мл). Кроме того, выявлена слабая отрицательная корреляционная взаимосвязь данного гормона с ИМТ ($r=-0,329$; $p<0,05$), инсулином ($r=-0,360$; $p<0,05$) и индексом HOMA ($r=-0,354$; $p<0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациенток с нарушениями репродуктивной функции и ожирением снижен уровень грелина и имеет обратную корреляцию с уровнем лептина, ИМТ и инсулином.

ДИНАМИКА ТЕЧЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Вишнякова С.В.

НГМУ, г. Новосибирск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальность проблемы течения интраэпителиальных поражений шейки матки низкой степени (LSIL) обусловлена существенной вероятностью развития рака шейки матки, который занимает второе место среди злокачественных опухолей женских репродуктивных органов. Известно, что дисплазия шейки матки легкой степени обусловлена ВПЧ и в большинстве случаев не требует деструктивного лечения, спонтанно исчезая при элиминации ВПЧ. Тем не менее риск развития предраковых поражений тяжелой степени достигает 15–25% в течение 2–4 лет.

ЦЕЛЬ

Исследование проводилось с целью определения прогноза течения LSIL, выбора адекватного лечения, повышения его эффективности и снижения агрессивности обследовано 66 пациенток в возрасте от 16 до 55 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всем пациенткам было проведено общеклиническое и гинекологическое обследование, цитологическое исследование соскобов экто- и эндоцервикса, расширенная кольпоскопия, ПЦР, по показаниям гистологическое исследование биоптатов шейки матки и соскобов эндоцервикса.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех обследованных были выявлены высокоонкогенные штаммы ВПЧ (16, 18, 31, 52, 58). В зависимости от возраста женщины были разделены на 3 группы. В I группу вошли 22 пациентки в возрасте от 16 до 25 лет, во II группу – 28 пациенток в возрасте от 25 до 45 лет, в III группу – 15 пациенток в возрасте от 45 до 55 лет (до менопаузы).

Персистенция вируса более 1 года выявлена у 45,5% обследованных (30 женщин). Элиминация вируса, обнаруженного при первом исследовании, отмечена у 42,4% пациенток (28 женщин). Реинфекция наблюдалась у 24,2% обследованных (16 женщин).

У пациенток I группы элиминация папилломавируса произошла в 77,3% случаев (17 женщин), у пациенток II группы – в 60,7% (17 женщины), у пациенток III группы – в 13,3% (2 женщины). У 8 обследованных пациенток III группы (53,3%) отмечалось наличие атрофического вагинита, по поводу которого назначались малые дозы эстрогенов местно.

Отрицательная динамика кольпоскопической и цитологической картины у пациенток I группы отмечалась только в одном случае 1 (4,5%). Цитологическая картина прогрессировала до HSIL в течение 2,5 лет. Во II группе HSIL обнаружен у 28,6% женщин через 2–4 года, причем у одной пациентки ВПЧ при этом дважды выявлен не был. Четверо женщин отказывались от деструктивных методов лечения шейки матки при длительной персистенции ВПЧ и аномальной кольпоскопической и атипической цитологической картине. У больных III группы прогрессирование атипических изменений наблюдалось в 6 случаях (40%). Отрицательная динамика у больных этой группы выявлена во всех случаях при длительной персистенции ВПЧ-высокоонкогенных штаммов (16, 18).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные свидетельствуют о необходимости дифференцированного ведения пациенток с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями легкой степени в зависимости от возраста. Учитывая высокую частоту элиминации ВПЧ и спонтанного исчезновения LSIL у женщин в периоде полового созревания тактика должна быть максимально щадящей при высокой настороженности в силу возможности прогрессирования атипических изменений шейки матки. В репродуктивном и климактерическом периоде ведение должно быть более активным,

поскольку в каждом третьем случае происходит прогрессирование предракового поражения, особенно в периоде менопаузального перехода при сочетанном инфицировании двумя высокоонкогенными штаммами ВПЧ – 16 и 18.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФЕТАЛЬНОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Волкова Е.В., Мелкозерова О.А., Третьякова Т.Б., Чистякова Г.Н.

ФГБУ «Уральский НИИ Охраны материнства и младенчества» МЗ РФ, г. Екатеринбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы в фокусе научного интереса находятся исследования, посвященные изучению внутриутробно программируемых заболеваний человека. Известно, что нарушение менструальной функции, в частности аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМК ПП), чаще формируются у девочек, рожденных от матерей, беременность которых протекала на фоне привычного невынашивания, преэклампсии и хронической фетоплацентарной недостаточности с исходом в синдром задержки внутриутробного роста плода. Пусковым механизмом патогенеза этих акушерских осложнений является синдром эндотелиальной дисфункции.

Доказана роль генетического полиморфизма эндотелиальной NO-синтазы (NOS3) в развитии преэклампсии и плацентарной недостаточности. Поэтому логично предположить, что девочки, рожденные с синдромом задержки роста плода от матерей, чья беременность протекала на фоне синдрома эндотелиальной дисфункции с исходом в преэклампсию и фето-плацентарную недостаточность, унаследовали определенный полиморфизм генов, регулирующих функцию эндотелиальной системы. Фенотипически эндотелиальная дисфункция у этих девочек может реализоваться в развитие аномальных маточных кровотечений пубертатного периода, связанных с нарушением баланса тканевых эндотелиальных факторов, сосудистого тонуса, ангиогенеза и локального гемостаза в эндометрии.

ЦЕЛЬ

Оценить ассоциацию одноаллельных полиморфизмов генов NOS3 и ESR1 с функциональным состоянием эндотелиальной системы, регуляции ангиогенеза и рецепции половых стероидных гормонов у девочек с аномальными маточными кровотечениями пубертатного периода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 96 девочек-подростков, страдающих с менархе АМК ПП: 32 девочки, рожденные доношенными с синдромом задержки роста плода (СЗРП), 37 девочек, рожденных с нормальной массой, 27 здоровых девочек. Методом PCR real time были изучены одноаллельные полиморфизмы генов NOS3 786T>C, 894G>T и ESR1 351A>G и 397T>C. Показатели функционального состояния эндотелия и регуляции ангиогенеза оценивали методом иммуноферментного анализа (ИФА) в соответствии с рекомендациями производителей наборов реагентов. Уровень экспрессии рецепторов к половым стероидам в слизистой влагалища исследовали иммуноцитохимическим методом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У девочек, страдающих АМК ПП, рожденных с СЗРП, чаще определяется носительство полиморфного аллеля С гена NOS3 786T>C (для гомозигот OR=2,03; CI 95% 1,12–3,68; p=0,04; для гетерозигот OR=1,68; 95%CI 1,09–2,60; p=0,046) и генотип PvuII-CC ESR1 (OR=4,58; 95%CI; 0,97–21,68; p=0,04). Фенотипическими проявлениями эндотелиальной дисфункции у них явились снижение уровня эндогенного оксида азота (10,71 (6,89–17,29) мкмоль/мл, в контроле – 18,39 (14,58–23,62) мкмоль/мл, p=0,003), эндотелина-1 (0,57 (0,42–4,80) фмоль/мл, против 1,34 (0,45–4,74) фмоль/мл в контрольной группе; p=0,015) и значительное увеличение уровня сосудистого эндотелиального фактора роста (371,75 нг/мл (219,9–565,7), в контроле 195,05 нг/мл (78,21–301,85), p=0,0017). По данным иммуноцитохимического

исследования, у девочек с АМК ПП, рожденных с СЗРП, определялся высокий локальный уровень экспрессии α-рецепторов к эстрадиолу в слизистой влагалища (24,52±4,86 балла против 1,06±0,28 балла в контроле, p<0,0001).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внутриутробно программируемый синдром эндотелиальной дисфункции может иметь значение в формировании АМК ПП у девочек, рожденных с СЗРП.

ЭНДОМЕТРИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПРИЧИНА БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Воропаева Е.Е., Казачков Е.Л., Мирошниченко Л.Е., Казачкова Э.А.

ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава РФ, г. Челябинск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Миома матки (ММ) более чем в 70% сочетается с воспалительными процессами органов малого таза. И ММ, и хронический эндометрит (ХЭ) негативно влияют на частоту наступления беременности. Для улучшения диагностики и повышения эффективности лечения бесплодия у женщин с ММ, ассоциированной с ХЭ, целесообразно изучение морфофункционального состояния эндометрия, включая его рецептивность.

ЦЕЛЬ

Определение морфофункционального состояния эндометрия у пациенток, имеющих миому матки, ассоциированную с хроническим эндометритом и бесплодием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Осуществлён анализ морфофункционального состояния эндометрия у 85 женщин, 65 из которых имели бесплодный брак, а 20 – обратились по вопросам планирования беременности и были гинекологически здоровы (группа контроля). I группу (основную) составили 23 пациентки с ММ и ХЭ; II – 20 женщин с ММ (1 группа сравнения); III – 22 пациентки с ХЭ (2 группа сравнения).

Критерии включения: бесплодный брак, репродуктивный возраст, регулярный овуляторный менструальный цикл, нормальный уровень гормонов гипоталамо-гипофизарной системы, стероидных гормонов яичников, гормонов надпочечников, щитовидной железы в сыворотке крови; письменное информированное согласие пациентки на участие в исследовании.

Критерии исключения: наружный генитальный эндометриоз, аденомиоз, приём противомикробных, иммуномодулирующих, гормональных препаратов (стимуляция в программах ВРТ, комбинированные оральные контрацептивы, прогестагены, агонисты/антагонисты гонадотропин-рилизинг гормона) в течение последних 4-х месяцев; субмукозная, деформирующая полость ММ и ММ более 40 мм.

Эндометрий получали путём пайпель-биопсии на 7–8 день после овуляции и подвергали комплексному морфологическому исследованию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациенток, имеющих ММ, ассоциированную с ХЭ и бесплодием, наблюдается значительная эндометриальная дисфункция, выражающаяся в нарушении секреторных преобразований, нарастании фибробластических изменений клеток стромы и её прогрессирующем фиброзе, повышении уровня ангиогенеза в эндометрии как маркёра персистенции воспаления, в повреждении поверхностного эпителия эндометрия, нарушении созревания пиноподий к моменту «окна имплантации», снижении уровня экспрессии LIF и PR, повышении интенсивности экспрессии ER как в ядрах поверхностных эпителиоцитов и гландулоцитов желёз, так и в клетках стромы. Чем выше степень активности ХЭ, тем выраженнее ангиогенез, ниже уровень зрелых пиноподий и значительнее экспрессия LIF. Последнее обстоятельство, вероятно, может быть связано с тем, что этот маркёр относится к провоспалительному семейству интерлейкина-6. В связи с этим полагаем, что уровень LIF не может быть использован в качестве маркёра рецептивности эндо-

метрия при активном ХЭ, в том числе у женщин с ММ, ассоциированной с ХЭ и бесплодием.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эндометриальная дисфункция при ММ, ассоциированной с ХЭ, существенно более выражена, чем при изолированном ХЭ или при изолированной ММ, и может явиться основной причиной репродуктивных неудач у этих женщин.

ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Репродуктивное здоровье женщины во многом зависит от течения детского и подросткового периода развития. Распространенность гинекологической патологии среди девочек высока. Поэтому лечебная стратегия у юных пациенток базируется на большом комплексе лечебных мероприятий, где физиотерапия (ФТ) занимает одно из приоритетных мест.

ЦЕЛЬ

Определение прогностической ценности ФТ у девочек с гинекологическими заболеваниями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Использовали данные общеклинического, гинекологического и неинвазивных лабораторных исследований. Обследованы 272 девочек в возрасте 6–17 лет, оперированных по поводу доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников, эндометриоза в сочетании (или без) с острым аппендицитом и получивших антибиотикопрофилактику. У девочек даже плановые операции сопровождаются высокой степенью токсемии (100%), неблагоприятным характером адаптационных реакций (86,4%) и болевым симптомом (84,9%). Через 24–36 ч. после операции, назначали низкочастотную магнитотерапию, инфитатерапию, т.е. ФТ не обладающую пролиферативным действием.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ФТ способствовала подавлению воспалительного процесса (100%), повышению неспецифической резистентности (76,5%) и улучшению адаптационных реакций (82,4%) у оперированных девочек различных возрастов, а также сокращение сроков полного болеутоления на 27%. Динамика показателей у пациенток только с антибиотикопрофилактикой была менее значима.

Дифференцированное назначение в стационаре лечения 179 девочкам 13–17 лет с хроническим сальпингитом ультратон-, электроимпульсной, магнито- и лазеротерапии или терапии бегущим магнитным полем обеспечило стойкий клинический эффект у 124 (69,3%) пациенток за счет сокращения сроков полного болеутоления в 2 раза вследствие снижения сенсорной составляющей боли, повышения адаптационных резервов организма и развития стойкой резистентности у 64,2% пролеченных. Эффект ФТ обеспечил восстановление вегетативного (86%) и иммунного гомеостаза (62,6%), улучшение регионарной гемодинамики (78,8%).

Нами обследованы 57 девочек в возрасте 15–17 лет с неустановившемся ритмом менструаций через 1 год после менархе и клинически манифестным синдромом вегетативной дистонии (СВД) гипертонического (24 чел.) или гипотонического (33 чел.) типа. Дистанционная инфитатерапия на зрительные анализаторы способствовала устранению признаков вегетативной дисрегуляции у 83,3% пациенток с СВД гипертонического типа. А комбинированная инфитатерапия и гальванизация воротниковой зоны – у 72,7% девочек с СВД гипотонического типа. При этом улучшение церебральной гемодинамики отмечено у 87,5 и 60,6%, процессов внутренней синхронизации при усилении влияния активирующих неспецифических систем мозга на кору больших полушарий – у 83,3 и 78,8%, а нормализация ритма менструаций у 70,8 и 69,7% девочек соответственно в ближайшие 6 месяцев. Улучшение гормонального статуса и психоэмоционального состояния в периоде последействия ФТ выявлено у 100% больных. Из катамнеза известно, что клиниче-

ское выздоровление констатировано у 73–86% юных пациенток, получавших ФТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дифференцированное назначение ФТ при контролируемом системном подходе обеспечивает клинический эффект у 70% девочек с гинекологической патологией.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ ИНФИТАТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РИТМА МЕНСТРУАЦИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

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

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

У 66% девочек в зените пубертата, чей менструальный цикл не установился в течение одного и более лет после менархе, выявляется компенсированный или клинически манифестный синдром вегетативной дистонии. Физиотерапия является одним из результативных методов лечения при усилении симпатоадреналовых или вагоинсулярных влияний на организм у девочек-подростков.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность дистанционной инфитатерапии в коррекции активности симпатической нервной системы у девочек с нарушением ритма менструаций и СВД гипертонического типа (СВД ГТ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 48 девочек в возрасте 14–16 лет с нарушением ритма менструаций и клинически верифицированным СВД ГТ. Из них сформировали 2 группы. I группу составили 31 девочка, получивших 7 процедур дистанционной инфитатерапии с локализацией воздействия на зрительный анализатор. Во II группу вошли 17 пациенток, получавших вазоактивную медикаментозную терапию. Эффективность лечения оценивали на основании общего самочувствия, по динамике ЭКГ, ЭЭГ и РЭГ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

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 ом с обеих сторон) вследствие снижения тонуса сосудов.

Рисунок ЭЭГ проанализирован через 1 месяц после лечения. Оказалось, что у 22 (71,0%) девочек I и у 7 (41,2%г) 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 с отсутствием влияния поддерживающей медикаментозной терапии.

Однако надо отметить, что индивидуально подобранная медикаментозная терапия в периоде последействия и 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.

ЭНЕРГИЯ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА В ВОССТАНОВЛЕНИИ ТКАНЕВОГО УРОВНЯ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С МАТОЧНОЙ ФОРМОЙ БЕСПЛОДИЯ

Есарева А.В., Мелкозерова О.А., Брагина Е.Е.

ФГБУ «Уральский НИИ Охраны материнства и младенчества» МЗ РФ, г. Екатеринбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на достигнутые большие успехи в изучении механизмов нарушения коммуникации эмбриона и эндометрия на этапе имплантации, отсутствуют методы терапевтического воздействия на нерецептивный эндометрий, оправданные с позиций доказательной медицины. Одним из важнейших маркеров рецептивности эндометрия являются пиноподии. С помощью метода сканирующей электронной микроскопии установлено, что максимальное развитие пиноподий приходится на период окна имплантации. Описанные в литературе способы повышения рецептивности эндометрия разрозненны, имеют весьма низкую эффективность и доказательную базу. Перспективным методом восстановления рецепторного аппарата эндометрия представляется метод кавитационного орошения полости матки физиологическим раствором, предварительно озвученным ультразвуком низкой частоты. Низкочастотный ультразвук вызывает расширение кровеносных сосудов и увеличение регионарного кровотока в 2–3 раза, инициирует благоприятные изменения в микроциркуляторном русле и адвентиции сосудов, развитие коллатерального кровотока.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность ультразвукового кавитационного орошения полости матки в восстановлении тканевой рецептивности эндорметрия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 32 пациентки с маточной формой бесплодия, страдающие гипоплазией эндометрия и имеющие более двух неудачных попыток ВРТ. Всем пациенткам с целью восстановления рецептивности эндометрия было проведено три курса ультразвукового кавитационного орошения полости матки физиологическим раствором в фоликулярную фазу цикла. Для орошения полости матки использовался аппарат «Фотек АК 100» с усовершенствованным внутриматочным наконечником, частота ультразвуковых колебаний 25 кГц, скорость потока жидкости 100 мл/мин., продолжительность каждой процедуры 3–5 минут. В динамике ультразвуковой кавитационной терапии полости матки Исследовано 32 образца эндометрия в фазу «окна имплантации» (ЛГ +7) методом сканирующей электронной микроскопии (СЭМ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате исследования до начала терапии у пациенток с «тонким» эндометрием методом сканирующей электронной микроскопии выявлен различный спектр нарушений тканевой рецептивности эндометрия. Наиболее распространенной патологией являлось нарушение межклеточных контактов эпителия желез эндометрия (42,1%), развитие атипичных ресничных клеток, представляющих собой клетки микроокружения пиноподий (21,0%), нарушение синхронизации созревания пиноподий – акселерация и асинхронность процессов созревания пиноподий (21,0%). Гипоплазия пиноподий и связанное с этим нарушение рецептивности эндометрия отмечалось в 10,5% случаев, гетероморфные секреторные клетки встречались в 5,4% образцов эндометрия.

После проведения трех курсов ультразвукового кавитационного орошения полости матки в 68,4% случаев в образцах эндометрия пациенток определялись зрелые (36,8%) или созревающие (31,6%) пиноподии. У 10,5% женщин определялась умеренная акселерация пиноподий с сохранением их морфологической структуры без нарушений межклеточных контактов и у 21,1% женщин сохранялись нарушения межклеточных контактов желез эндометрия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ультразвуковое кавитационное орошение полости матки является перспективным методом восстановления рецептивности эндометрия у пациенток с маточной формой бесплодия, обусловленной гипоплазией эндометрия. Требуются дальнейшие углубленные исследования эффективности данного вида терапии.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА «ТАЙМ-ФАКТОР» С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Есина Е.В., Свидинская Е.А.

ООО «Евразмедцентр», Первый МГМУ им И.М. Сеченова, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Различные нарушения менструального цикла – одна из частых причин обращения женщин к акушеру-гинекологу. По данным разных авторов, в той или иной мере они отмечаются у 20–35% гинекологических пациенток, кроме того, более чем у 50% здоровых женщин в течение жизни бывают те или иные нарушения менструальной функции.

ЦЕЛЬ

Оценить возможность использования витаминно-минерального комплекса «Тайм-Фактор» при функциональных нарушениях менструального цикла.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Опыт применения витаминно-минерального комплекса «Тайм-Фактор» был изучен в исследовании с участием 38 пациенток в возрасте от 16 до 40 лет (в т.ч. 15 девушек в возрасте от 16 до 20 лет) с жалобами на нарушение регулярности менструального цикла. Укорочение менструального цикла до 23–25 дней отмечали 8 (21%) пациенток, удлинение цикла до 35–60 дней у 20 (52%). В анамнезе у большинства пациенток – менархе в возрасте 12–13 лет, у 31 (81%) пациентки менструальный цикл установился в течении 1,5–2 лет, обильные и/или болезненные менструации отмечали 27 (71%) женщины. Нерегулярный менструальный цикл с менархе – у 2-х пациенток. Беременности были у 16 (38%) пациенток, из них роды – у 12 (31%) женщин. Опыт использования гормональных средств контрацепции (КОК, Нова Ринг) был у 8 (21%) пациенток, внутриматочной контрацепции – у 2, операции на органах малого таза – у 6 женщин (в т. ч. аборты, лапароскопии по поводу внематочной беременности, кист яичников).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем пациенткам было проведено стандартное гинекологическое обследование, включавшее в себя бимануальное влагалищное исследование (за исключением пациенток, не живущих половой жизнью), микробиологическое исследование влагалищного содержимого и ультразвуковое исследование органов малого таза на 5–7-й день менструального цикла. По результатам УЗИ у 6 пациенток были обнаружены диффузные изменения миометрия (расценены как минимальные проявления аденомиоза), миома матки малых размеров – у 3, скудный фолликулярный аппарат яичников – у 2 женщины. После проведенного обследования и исключения органических причин нарушения менструального цикла (патология эндометрия, кисты яичников, аденомиоз, СПКЯ, гиперпролактинемия) и приема лекарственных средств, влияющий на менструальный цикл, всем пациенткам в качестве витаминно-минерального комплекса был рекомендован 3-месячный курс препарата «Тайм-Фактор» и ведение менструального календаря.

После 3-месячного курса приема препарата «Тайм-Фактор» нормализацию менструального цикла отметили 19 (63%) пациенток, уменьшение болезненности менструаций – 14 (44%) женщин. У 7 женщин, закончивших полный курс приема препарата «Тайм-фактор», регулярный ритм менструаций наблюдался на протяжении 3 месяцев после окончания лечения. В целом 33 (86%) пациентки оценили эффект от приема «Тайм-Фактор» как положительный, 5 (13%) – не заметили никакого эффекта от приема, побочных реакций или усиления жалоб на фоне приема препарата отмечено не было. В нашем наблюдении из 15 девушек в возрасте от 16 до 20 лет с жалобами на нарушение регулярности менструального цикла положительный эффект от приема «Тайм-Фактор» отмечен у 11 пациенток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Опыт применения витаминно-минерального комплекса «Тайм-Фактор» при функциональных нарушениях менструального цикла и различных проявлениях ПМС свидетельствуют о положительном влиянии комбинации витаминов и минералов на функцию репродуктивной системы.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

Загородняя Э.Д., Баркан Т.М., Вершинин О.В., Балаганская Е.В., Бышина Н.Н., Андриевская Т.В.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», г. Чита

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота бесплодных браков в РФ составляет около 15%. Наиболее распространенная форма женского бесплодия трубно-перитонеальная (35–60%). Эта группа пациенток чаще других нуждается в применении методов вспомогательной репродукции. При этом важным фактором, определяющим результативность метода, является состояние эндометрия.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилось изучение морфо-функционального состояния эндометрия при трубно-перитонеальном бесплодии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Все пациентки оперированы лапароскопическим методом. Показания к оперативному вмешательству: гидросальпинкс – 20, пиосальпинкс – 5, повторная внематочная беременность – 5, тубоовариальное воспалительное образование – 6, наружный эндометриоз (труб, яичников, брюшины) – 8, перекрут кисты яичника – 6. После проведенного оперативного лечения в дальнейшем у пациенток исключалась возможность реализации репродуктивной функции естественным путем. С целью диагностики состояния эндометрия и при необходимости подготовки к ЭКО проводилось гистологическое исследование эндометрия, полученного во время операции. Проведен анализ 50 амбулаторных карт, историй болезни, протоколов операций, результатов морфо-гистологического исследования биопсии эндометрия, полученного во время операции у больных с трубно-перитонеальным бесплодием.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст больных составил 31,0 ± 3,8 лет. Нарушение менструальной функции с менархе (позднее начало, олигоменорея) отмечено у 2 пациенток. До планируемой беременности барьерная контрацепция использовалась у 16, гормональная у 5 женщин. Всем пациенткам проведено обследование на ИППП (ПЦР и бактериологическое исследование). Перенесенные гинекологические заболевания: у 7 женщин выявлен хламидиоз, у 5 – хламидиоз и микоплазмоз, у 2 – гонорея, у 7 – хронический цервицит с деструктивным метом лечения, воспаление придатков матки – у 20, в сочетании с эндометритом – у 8. Репродуктивная функция: роды у 4 женщин, из них у 2 – кесарево сечение, медицинские аборты – у 12, самопроизвольные выкидыши – у 5, трубная беременность – у 6, брюшная – у 1. Длительность бесплодия: от 1 до 3 лет – у 10, от 4 до 7 лет – у 7, от 8 до 15 лет – у 8 пациенток. Первичное бесплодие составило 48%. Неудачная попытка ЭКО однократно и дважды – по 2 случая. После оперативного лечения 35 женщин плани-

ровали беременность методом ЭКО. У всех пациенток были исключены гормональный и мужской факторы причины бесплодия. Результаты УЗИ матки и придатков: только в 20 (40%) случаях были выявлены признаки патологии эндометрия в различном сочетании: атрофия (при длительном бесплодии), неровный контур, неоднородная эхоструктура, неровность линии смыкания эндометрия передней и задней стенок матки, неравномерное расширение полости матки в пролиферативную фазу, газообразные пузырьки в полости матки, гиперэхогенные включения в проекции базального слоя, синехии в полости матки, диффузно-очаговые и кистозные изменения в субдэндометриальной зоне миометрия. По результатам гистологического исследования интраоперационной биопсии эндометрия у 80% пациенток диагностированы признаки хронического эндометрита и лишь у 20% больных патологии не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

УЗИ и лабораторная диагностика хронического эндометрита малоинформативна. Трубно-перитонеальное бесплодие в 80% случаев сопровождается хроническим эндометритом. Биопсия является наиболее достоверным методом диагностики хронического эндометрита.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНОГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С МАЛЫМИ ФОРМАМИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Зайнетдинова Л.Ф., Коряшкина А.В., Телешева Л.Ф.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ, г. Челябинск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эндометриоз относится к числу наиболее распространенных гинекологических заболеваний, сопровождается нарушением менструальной и репродуктивной функций, стойким болевым синдромом, снижением трудоспособности больных. Изменения в иммунной системе при эндометриозе наиболее выражены при тяжелых стадиях заболевания. При начальных стадиях наружного генитального эндометриоза нарушения в иммунной системе оцениваются неоднозначно.

ЦЕЛЬ

Изучить особенности иммунологических показателей периферической крови и перитонеальной жидкости при малых формах наружного генитального эндометриоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 72 пациентки. Основную группу составили 58 женщин с малыми формами наружного генитального эндометриоза по классификации A. Acosta и соавт. (1973), подтвержденным гистологически, которым проводилась лапароскопия по поводу бесплодия. Контрольная группа – 14 женщин, среди них 9 поступили в стационар для проведения хирургической стерилизации и 5 – с бесплодием, у которых генитальный эндометриоз не выявлен. Возраст женщин в обеих группах – от 20 до 41 года. Лапароскопия проводилась в пролиферативной фазе менструального цикла. Забор периферической крови для исследования показателей системного иммунитета осуществляли до операции. Перитонеальную жидкость из Дугласова пространства аспирировали во время лапароскопии.

Изучен популяционный состав лимфоцитов периферической крови, функциональная активность нейтрофилов периферической крови, функциональная активность нейтрофилов и макрофагов перитонеальной жидкости, иммуноглобулины сыворотки крови. Статистический анализ данных проводили при помощи пакетов программы SPSS Statistics Version 22.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным лечебно-диагностической лапароскопии, эндометриоидные гетеротопии у 29 (50%) женщин располагались на брюшине яичниковых ямок и стенок малого таза, на брюшине Дугласова пространства и крестцово-маточных связках – у 18 (31,2%), на яичниках – у 11 (19%) женщин без развития рубцово-спаечных изменений.

В сыворотке крови женщин с малыми формами наружного генитального эндометриоза в сравнении с контрольной группой установлено достоверное снижение абсолютного количества Т-лимфоцитов (p=0,04) и повышение IgA (p=0,001).

Наблюдается тенденция снижения абсолютного количества Т-хелперов, Т-цитотоксических клеток (абсолютного и относительного количества, абсолютного количества HLA-DR, экспрессирующих лимфоцитов, повышение относительного количества T-NK лимфоцитов. Выявлена тенденция снижения НСТ спонтанной активности нейтрофилов периферической крови.

В перитонеальной жидкости установлено снижение относительного количества жизнеспособных фагоцитов, выявлена тенденция снижения лизосомальной активности нейтрофилов и фагоцитарной активности макрофагов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При малых формах наружного генитального эндометриоза выявленное снижение Т-лимфоцитов в сыворотке крови на фоне тенденции повышения T-NK клеток, снижения Т-хелперов и Т-цитотоксических клеток и повышения IgA может характеризовать наличие хронического воспалительного процесса, длительную персистенцию антигена со снижением резервов организма и отсутствием полноценного иммунного ответа. В перитонеальной жидкости установлено снижение количества жизнеспособных клеток в перитонеальной жидкости и тенденция к снижению функциональной активности перитонеальных макрофагов и нейтрофилов.

ОСОБЕННОСТИ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ПАТОМОРФОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Зарипова Л.А., Гилязова А.З.

ИГМА, г. Набережные Челны

АКТУАЛЬНОСТЬ

В Российской Федерации число бесплодных пар по оценкам экспертов составляет от 15 до 20% от всех пар репродуктивного возраста. При этом в 2013 году по данным Национального регистра ВРТ в РФ было проведено 69025 циклов ЭКО, что как минимум в 4 раза меньше реальной потребности, если сравнивать с европейской статистикой.

Наступление беременности зависит от роли ряда важных факторов, таких как: процесса созревания яйцеклетки и овуляция; проходимости маточных труб; полноценности эндометрия, состояния полости матки и шейки матки, способных удержать плод полный срок беременности. При возникновении каких-либо дефектов данных анатомических образований может развиться бесплодие. Современным методом выявления причин возникновения первичного и вторичного бесплодия является метод гистероскопии с последующим патоморфологическим исследованием биоптатов эндометрия.

ЦЕЛЬ

Изучить и сравнить гистероскопическую картину, морфологию эндометрия в группах больных с первичным (I) и вторичным (II) бесплодием на этапе прегравидарной подготовки, а также проанализировать особенности гистологической картины эндометрия у группы фертильных пациенток.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно исследовано 239 историй болезни пациенток гинекологического отделения БУЗ ГБ №3 МЗ УР г. Ижевска с июня по ноябрь 2014 г. Из них было 66 пациенток с бесплодием:

34 пациентки (52%) – с бесплодием I, 32 больные (48%) – с бесплодием II. Контрольную группу составили 173 пациентки репродуктивного возраста без проблем бесплодия. Биоптаты эндометрия были взяты при гистероскопии. В настоящей работе использован статистический метод.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследуемой группе в гистероскопической картине бесплодия I было выявлено: миоматозные узлы (8%); внутриматочные синехии (19%); эндометриальные полипы (73%). При бесплодии II встретились следующие изменения: миоматозные узлы (14%); внутриматочные синехии (29%); эндометриальные полипы (57%). Эндометриальных полипов было больше (73%) у женщин с бесплодием I, частота выявления миоматозных узлов (14%) превалировала у женщин с бесплодием II, а частота внутриматочных синехий (29%) – также у женщин с бесплодием II.

У больных с бесплодием I и II при гистологическом исследовании лидирующим был хронический эндометрит: 16 и 21 больная (47% и 66% соответственно); на втором месте – гиперпластические процессы: простая гиперплазия – 13 человек и 13 человек (38% и 41% соответственно), железистая – 8 человек и 6 человек (24 % и 19%); на третьем месте у больных с бесплодием I – полиповидные образования, 5 чел. (15%), и гипоплазия эндометрия при бесплодии II, 4 чел. (12,5%). Миомы матки (ММ) в исследуемых группах встречались крайне редко. ММ в группе больных с бесплодием была диагностирована у 1 человека (1,5%), а в контрольной у 20 человек (11,5%). Полипы эндометрия в группе больных с бесплодием – 8 чел. (12%), в контрольной – 91 чел. (53%). Гиперплазия эндометрия выявлялась у 40 больных (61%) с бесплодием, в контрольной – 70 чел. (41%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациенток исследуемых групп выявлен спектр вариаций морфологических изменений. При выборе рекомендаций по коррекции в прегравидарный период выявленные изменения диктуют необходимость учёта состояния эндометрия и наличия внутриматочный патологии.

ПРИМЕНЕНИЕ МСКТ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ МЕТОДОМ ЭМА

Зеленюк Б.И., Арсланян К.Н.

ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Миома матки является наиболее распространенной доброкачественной опухолью женских половых органов. К традиционным методам лечения больных с миомой матки относят: медикаментозный (гормональный) и хирургический. Отдельно выделяют лечение миомы матки путем эмболизации маточных артерий.

ЦЕЛЬ

Повышение эффективности диагностики, лечения и реабилитации больных миомой матки путем использования МСКТ при выполнении эмболизации маточных артерий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на результатах комплексного обследования и лечения методом селективной эмболизации маточных артерий 120 больных миомой матки с субмукозной или интрамуральной локализацией одного или нескольких миоматозных узлов. Все 120 пациенток были разделены на две группы:

I группа – 75 пациенток репродуктивного периода, которым перед ЭМА проводилась МСКТ.

II группа – 45 пациенток репродуктивного периода, ранее перенесших ЭМА по стандартному протоколу (ретроспективная группа).

Средний возраст больных в I группе 34,4±4,0 и во II группе 42,8±5,7 лет. Пациенткам проведено общеклиническое и гинекологическое обследование. В нашем исследовании мы широко применяли такие методы диагностики как УЗИ, ЦДК, МРТ и СКТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В I группе нам удалось выявить, что наиболее частым вариантом отхождения маточной артерии (МА) является ее расположение по типу трифуркации: верхняя ягодичная, срамная и МА

начинаются от внутренней подвздошной артерии, выявлен у 38 (50,6%) больных. Следующий по частоте встречаемости вариант: верхняя и нижняя ягодичные артерии начинаются от внутренней подвздошной артерии – у 17 (22,6%). У11 (14,6%) обследованных маточная артерия является ветвью верхней ягодичной артерии. У 4 (6,0%) пациентов маточная артерия является ветвью нижней ягодичной артерии. Еще 4 (5,33%) пациента имели вариант отхождения маточной артерии от ствола внутренней подвздошной артерии. Угол отхождения МА < 90° слева был у 34 (45,33%), справа у 23 (30,66%). Угол отхождения МА > 90° слева у 7 (9,33%), справа у 11 (14,6%). Средний диаметр устья маточных артерий составил 2,82±0,02 мм. Нам удалось выявить артериальные маточно-яичниковые анастомозы у 26 пациентов (21,66%). У 23 (19,1%) обследованных диагностировали односторонние сообщения между маточной и яичниковой артериями, а у 3 (2,5%) – двухстороннее. Наиболее часто у 16 больных (11,66%) отмечалось правостороннее анастомозирование маточно-яичниковой артерии. Всем пациенткам в плановом порядке была выполнена ЭМА в операционной, оснащенной рентгенохирургическим комплексом «INTEGRIS V500» фирмы «PHILIPS». ЭМА проводилась по методике Сельдингера. По окончанию ЭМА редукция кровотока произошла у 100%, миоматозные узлы претерпевали структурную перестройку. Кальцификация миоматозных узлов произошла у 24 (48%) исследуемых, у 1 пациентки (2%) произошла экспульсия миоматозных узлов, у 14 (28%) – миграция миоматозных узлов, у 4 (8%) удалось выявить реканализацию миомзависимых сосудов, у 7 (14%) –добавочные сосуды, питающие миому матки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение МСКТ позволяет оценить и изучить сосудистую систему малого таза в режиме реального времени с построением трехмерной модели исследуемого органа, что позволило планировать эндоваскулярное вмешательство или хирургические методы лечения, а также производить оценку результатов и моделирование подобных вмешательств, диагностировать осложнения.

Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ №МК–5630.2016.7.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РЕКТОЦЕЛЕ

Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Трифонова И.В.

ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздрава России, г. Уфа

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пролапс гениталий (ПГ) у женщин, репродуктивного возраста представляет собой серьезную медицинскую, социально-экономическую и психологическую проблему, существенно влияющую на качество их жизни. В РФ в структуре всех гинекологических операций она занимает 3-е место среди показаний для оперативного лечения составляя от 28 до 38,9%. На сегодня разработано более 400 методов хирургической коррекции ПГ, но количество рецидивов и осложнений не имеют тенденции к снижению, достигая 10–30%. Функциональные расстройства смежных органов у пациенток с ПГ развиваются до 85,5% случаев расстройствами функции тазовых органов. Особенностью операции при ректоцеле является иссечение дивертикула и укрепление ректовагинальной перегородки синтетической сеткой, что приводит к восстановлению нормальной анатомии стенки влагалища, но не функции. После операции у пациенток, вследствие дислокации и деформации тканей, наложения швов слизистая прямой кишки (ПК) выпячивается в просвет кишечника вызывая расстройства. Для своевременного начала терапии нарушений функции ПК необходима диагностика, позволяющая в послеоперационном периоде выявить клинические и ультразвуковые критерии, для предотвращения рецидивов и осложнений хирургического лечения.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось выявление ультразвуковых критериев в раннем послеоперационном периоде у женщин, перенесших реконструктивно-пластическую операцию по поводу ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В раннем послеоперационном периоде проанализированы результаты оперативного лечения 102 пациенток, перенесших операцию по поводу ректоцеле. Для определения диагностических критериев отобрано 30 пациенток, предъявлявших жалобы на нарушения в области прямой кишки в раннем послеоперационном периоде, которым проведена чрезпромежностная ультрасонография состояния стенки прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обследование, проведенное через сутки, выявило: при ректоцеле I-ой ст. возвышение слизистой стенки в полость ПК до 2–4 мм, который у 12 (40%) пациенток подвергся регрессу в течение 2–3 суток. Продолжительность регресса возрастала при отсутствии перильстатики кишечника. При ректоцеле II–III-ей ст. высота возвышения составила от 4 до 5 мм, IV-ой ст. достигала до 6–8 мм. Особенностью ультразвуковой картины при ректоцеле IV-ой степени явилось наличие чередующихся гребней (гофры) на стенке ПК, количество которых зависело от объёма дивертикула. У одной пациентки данной группы была диагностирована подслизистая гематома, которая сопровождалась отделением слизисто-сукровичных выделений через рану и самостоятельно опорожнилась на 7 сутки. Обследование вдоль ширины послеоперационного рубца выявило зоны неоднородной эхоструктуры, чередующиеся с гипо и гиперэхогенностью тканей, неровность и нечеткость контуров в перегородке, которая сохранялась в течение 6–7 суток. У 6 (20%) пациенток проводилась терапия препаратами, направленными на улучшение репарации и заживление тканей. Основными жалобами после операции ректоцеле явились: слизетечение и мокнутие в области ПК, зуд и жжение в области ануса, выраженность и тяжесть симптомов зависела от степени ректоцеле и морфофункционального состояния ректовагинальной перегородки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ультразвуковая диагностика ректовагинальной перегородки у женщин, перенесших оперативное лечение по поводу ректоцеле, при наличии клинических симптомов может, позволит своевременно начать терапию расстройств функции прямой кишки, улучшить результаты оперативного лечения.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ ЦИСТОЦЕЛЕ

Зиганшин А.М., Никитин Н.И., Трифонова И.В.

ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздрава России, г. Уфа

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пролапс тазовых органов (ПТО) обнаруживается у 15–30% женского населения (В.Е. Радзинский с соавт., 2009). Единственным эффективным методом лечения ПТО является хирургический, заключающийся в выполнении «стандартных операций» – передней и задней кольпоррафии и их модификаций. Выполнение данных операций грозит высокой частотой рецидивов, достигающей до 60%. Основой операции является иссечение дивертикула передней стенки влагалища и укрепление стенки мочевого пузыря (МП) собственными или синтетическими материалами. Дислокация и смещение тканей во время операции приводит к вывороту слизистой и стенки МП в полость, что ухудшает венозный и капиллярный кровоток, нарушает чувствительность и активность афферентных рецепторов, находящихся в подслизистом слое, приводя к усилению афферентной стимуляции центров мочеиспускания в ЦНС и учащению мочеиспускания.

ЦЕЛЬ

Целью работы явилась оценка зависимости нарушений мочеиспускания от состояния послеоперационного рубца у пациенток, перенесших оперативное лечение по поводу цистоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 86 пациенток в возрасте от 46 до 72 лет, перенесших оперативное лечение по поводу цистоцеле (N-81.1). В послеопераци-

онном периоде пациентки заполняли вопросник мочеиспускания, при выявлении расстройств выполнялось ультразвуковое исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее частой жалобой женщин в послеоперационном периоде явилась: невозможность самостоятельно помочиться после удаления катетера, в течение первых суток 68 (79%), частые внезапные позывы с неэффективным мочеиспусканием 54 (62,7%). Начало мочеиспускания характеризовалось: частыми позывами и выделением малых порций мочи у 62 (72,1%); было затрудненным и болезненным у 49 (56,9%); выделение мочи было медленным со слабой струей у 42 (48,8%); в конце наблюдалось капание и чувством неполного опорожнения у 36 (41,8%) женщин. Количество сочетаний составила по 2,24 случая на одну женщину. УЗИ через сутки после операции выявило нарушение геометрии и уменьшение объёма МП, истончение мышечных пучков в стенке, наличие гипо-гиперэхогенных участков. При цистоцеле I-ой ст. в течение первых суток послеоперационного периода отмечались неровности слизистой до 2–4 мм, которые регрессировали у 42 (48,8%) пациенток в течение 2–3 суток. Сроки сглаживания слизистой удлинялись до 4–5 суток в случаях, когда у больных отсутствовала возможность самостоятельно помочиться. Степень возвышения слизистой зависела от степени цистоцеле, так у 29 (33,7%) пациенток с II–III-ей ст. она составила от 4 до 5 мм., а у 15 (17,5%) пациенток с IV-ой ст. достигало до 6–8 мм., причем увеличивалось количество возвышений до 5–6. У двух пациенток с IV-ой степенью цистоцеле определялась подслизистая гематома, которая самостоятельно опорожнилась на 6–7 сутки в области раны. Общим для эхограмм при цистоцеле явилось: неоднородность и чередование гипо-гиперэхогенных участков, неровность и нечеткость контуров в области вмешательства, которая зависела от степени цистоцеле, оперативной техники, объёма иссеченной ткани дивертикула. В дальнейшем 22 (25,5%) больным проводилась терапия, направленная на восстановление функции мочевого пузыря и заживление тканей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, своевременная ультразвуковая диагностика у женщин, предъявляющих жалобы на нарушение функции мочевого пузыря после операций по поводу цистоцеле, позволит начать терапию, направленную на восстановление функции мочевого пузыря, улучшить результаты оперативного лечения.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Зубавина К.В.

ИвГМА, г. Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

В статье представлены результаты разработки усовершенствованной методики исследования биологического возраста по физиологическим показателям у здоровых небеременных женщин молодого репродуктивного возраста.

ЦЕЛЬ

Изучить биологический возраст женщин молодого репродуктивного возраста и модифицировать формулу для его расчета в молодом репродуктивном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения эксперимента была отобрана группа испытуемых (женщины в возрасте 20–34 года) в количестве 67 человек.

Проведено комплексное функциональное обследование, включающее определение следующих показателей: систолическое (САД), диастолическое (ДАД), пульсовое артериальное давление (ПАД), скорость распространения пульсовой волны по сосудам эластического и мышечного типа (СРПВэ и СРПВм) (Поли-спектр-8, Нейрософт), жизненная емкость легких (ЖЕЛ) (Спироспектр, Нейрософт), время задержки дыхания на вдохе и выдохе (ЗДВд и ЗДВыд), аккомодация

хрусталика (А) (таблица для определения ближайшей точки зрения), слуховой порог (СП) (аудиовидеостимулятор Нейро-МПВ, Нейрософт), статическая балансировка на одной ноге (СБ), масса тела (МТ), самооценка здоровья (анкета (СОЗ)), символьно цифровой тест Векслера (ТВ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами были определены все физиологические показатели, которые входят в наиболее полную модель биологического возраста. Для выявления зависимости БВ от календарного у молодых женщин репродуктивного возраста был использован корреляционный анализ. Полученные данные позволяют установить, что у женщин 20–35 лет с календарным возрастом связаны ЖЕЛ, СРПВэ, СП и ТВ. Эти показатели были включены в регрессионную модель определения БВ и с учетом коэффициента регрессионной кривой дали следующее уравнение:

БВ = 28,19 + 1,407 * Сэ – 0,0024 * ЖЕЛ + 0,345 *СП – 0,183 * ТВ,

где Сэ – скорость распространения пульсовой волны по сосудам эластического типа, м/с;

ЖЕЛ – жизненная емкость легких, мл;

СП – слуховой порог, Дб;

ТВ – результат теста Векслера.

Нами был выполнен сравнительный анализ точности, разработанной оригинальной и традиционной методики определения БВ (табл.). Исходя из полученных данных видно, что разработанная нами методика дает значительно большую точность по сравнению с традиционными. Из традиционных методик наибольшей точностью характеризуется «киевская» методика, которая дает отклонение от фактического (календарного) возраста в среднем 1,14 года. Таким образом, разработанная нами модифицированная оригинальная методика определения БВ у женщин молодого репродуктивного возраста пригодна для дальнейшего использования при проведении исследований в акушерстве и гинекологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для дополнительной характеристики качества аппроксимации биологического возраста с помощью разработанной нами множественной линейной регрессионной модели проведен анализ распределения отклонений расчетного биологического возраста от фактического календарного. Полученные результаты свидетельствуют о более высоком качестве аппроксимации с использованием разработанной нами модели: симметричное распределение, приближающееся к нормальному, меньший диапазон отклонений.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Иозефсон С.А., Голыгин Е.В., Хавень Т.В., Куклин С.И., Сукнева Д.С., Рябинина А.Г., Шальнёва Е.В.

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

АКТУАЛЬНОСТЬ

Воспалительные заболевания органов малого таза составляют в структуре гинекологической патологии не менее 60%, из них до 15–20% случаев осложняются гнойными тубоовариальными абсцессами на фоне пельвиоперитонита, требующими оперативного лечения.

ЦЕЛЬ

Проанализировать оперативное лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ) по данным Краевой клинической больницы за 2015 год.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведён ретроспективный анализ 64 историй болезни пациенток с ГВЗПМ, пролеченных (оперированных) в отделении оперативной гинекологии Краевой клинической больницы за 2015 год.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациенток составил 29±1,6 лет: 18–22 года – 17% (11), 23–27 лет – 27% (17), 28–32 года – 33% (21), > 33 лет – 23% (15). Средний возраст начала половой жизни составил 17,8±2,01 лет. При этом её раннее начало (15–17 лет) отмечено в 42 (65,6%) наблюдениях.

Анализ репродуктивной функции показал, что одну и более беременностей имели 28 (43,7%) пациенток. Наличие в анамнезе родов установлено у 16 (25%) обследованных, абортов – у 24 (37,5%), среди которых 4,6% составили самопроизвольные выкидыши. Внематочная беременность в анамнезе отмечена у 5 (7,8%) пациенток и у 4 (6,3%) имела место неразвивающаяся беременность. От нежелательной беременности регулярно предохранялись 29 (45,3%) женщин, среди которых 10 (15,6%) использовали барьерный метод, 14 (22%) – внутриматочную контрацепцию и лишь пять – (7,8%) – оральные контрацептивы. Первичное бесплодие отмечено у 7 (10,9%) больных. Среди перенесенных гинекологических заболеваний преобладали воспалительные процессы придатков матки (51,6%), по поводу которых ранее проводилось стационарное медикаментозное лечение (22%). Основными жалобами при поступлении были: боли различной интенсивности, локализованные в нижних отделах живота (100%); лихорадка субфебрильного и фебрильного типов (100%); нарушения менструальной функции по типу мено- и метроррагии (67,1%); дизурические расстройства (18,7%). Жалобы на обильные гнойные выделения из половых путей предъявляли 19 (29,6%) женщин, умеренные – 16 (25%), скудные –14 (22%) пациенток.

Выявленные нозологические формы ГВЗПМ у пролеченных пациентов: абсцесс маточной трубы односторонний – у 8 пациенток (12,5%); абсцесс маточной трубы двусторонний – 6 (9%); тубоовариальный абсцесс односторонний – 30 (46,8%); тубоовариальный абсцесс двусторонний – 20 (31,2%).

В отделении оперативной гинекологии пациентки получали комплексную терапию: антибактериальную, противовоспалительную, инфузионную, антианемическую, иммуностимулирующую, эфферентные методы лечения, оперативное лечение (100%).

Оперативные вмешательства включали следующие виды: лапароскопическая тубэктомия – 8 (12,5%); лапароскопическая аднексэктомия – 6 (9%); лапаротомная аднексэктомия – 30 (47%); лапаротомная аднексэктомия с экстирпацией матки – 20 (31%). Оперативные вмешательства заканчивались дренированием брюшной полости через переднюю брюшную стенку в 100% случаев, у 18 (28%) пациенток дополнительно через культю влагалища.

Средняя продолжительность лечения составила 12±1,8 дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Своевременное, квалифицированное, комплексное лечение пациенток, включая оперативное, с ГВЗПМ в условиях многопрофильной клинической больницы позволило сохранить последующую репродуктивную функцию в 59% случаев.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН К ПРОГРАММЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Ипатова М.В., Маланова Т.Б.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эффективным современным методом лечения женского бесплодия является проведение программы ВРТ. При этом результативность метода зависит от состояния эндометрия. Опыт нашего Центра показал целесообразность применения инновационных методик физиотерапии (ФТ) – последовательной их совокупности использования в лечении хронического эндометрита.

ЦЕЛЬ

Оптимизировать подготовку эндометрия у пациенток перед программой ВРТ с помощью физических факторов (ФФ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У I группы женщин была проведена электроимпульсная терапия (диадинамо-, амплипульс-, интерференц-), низкочастотная магнитотерапия, лазеротерапия, механотерапия (вибромассаж и вибротерапия). А у пациенток II группы с миомой матки и эндометриозом I–II степени распространения – ФФ не обладающие про-

лиферативным эффектом, нетеплового действия (лимфодренаж, электронейростимуляция, инфита- и др.).

На 5–7 и 20–22 дни цикла проведены ультразвуковая оценка эндометрия, определение показателей маточного кровотока, а также маркеры имплантации: лейкемия ингибирующего фактора (LIF), сосудистого эпителиального (VEGF-A), фактора некроза опухоли (TNFa), трансформирующего фактора роста (TGFß).

У 48–72% женщин выявлен синдром вегетативной дистонии. Он сопровождался изменением тонуса церебральных сосудов (100%) и давления в вертебробазилярном сосудистом бассейне (72%), т.е. нарушением функции центрального регулирования кровообращения на трассе сердце-головной мозг, что влияет на кровоснабжение зоны малого таза. Поэтому в лечебный комплекс введены ФФ общего действия (водолечение) и центральная регулирующая ФТ (гальванизация воротниковой зоны, дистанционная инфита-, ТЭС- или цветоритмотерапия), нормализующие работу сопряженных надсегментарных и сегментарных образований организма.

Курс ФТ, начатый на 5–7 день цикла у женщин, составил: 30 процедур электро-, 10 – водолечения и 10 – центральной регулирующей ФТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На 5–7 день цикла у пациенток I и II групп толщина эндометрия составила 4,81±0,12 и 4,63±0,20 мм при его однородной структуре. Показатели сосудистого сопротивления превышали нормативные и указывали на нарушение транскапиллярного обмена и затруднение перфузии в тканях.

После ФТ, на 20–22 день цикла у 87% I и у 69% II группы толщина эндометрия составила 9,18±0,31 и 8,38±0,47 мм, а структура его соответствовала секреторной фазе. У пациенток I группы показатели сосудистого сопротивления в маточных артериях в 85%, аркуатных – в 83 и радиальных – в 52% случаях соответствовали референсным значениям. А у женщин II группы – только в 67, 34 и 22% случаях соответственно. Спиральные артерии визуализировались у 25% женщин I и у 10% – II группы. У женщин I и II групп экспрессия LIF в поверхностном эпителии была средней при доле клеток, содержащих развитые пиноподии 23,2±3,9 и 15,0±2,8%; экспрессия VEGF-A эпителиальными и стромальными клетками отмечена у 72 и 55% пациенток; уровень TNFa в маточном эпителии составили 45,0±6,2 и 26,1±4,4 пг/мл ($p<0,05$), а содержание TGFß -24,1±2,1 и 15,2±3,3пг/мл ($p<0,05$) соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ФТ способствует улучшению рецептивности эндометрия вследствие положительного влияния на маточное кровообращение. Результативность программы ВРТ у женщин при использовании ФТ в подготовительном периоде составляет до 40%.

ФИЗИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА У ЖЕНЩИН

Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., Александрова Л.Н.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема хронических воспалительных заболеваний придатков матки (ХВЗПМ) в гинекологии до сих пор не решена. Результатом длительного и клинически стертого течения заболевания является болевой синдром (БС). Изменение гемодинамики в сосудистом бассейне малого таза в виде повышения сосудистого тонуса (83,3%), снижения пульсового кровенаполнения (63,9%) и тканевой перфузии (52,7%) определяют периферический с последующим нарушением функций субкортикальных структур головного мозга, центральный механизм патогенеза развития БС. Стимулом к изучению явилось комплексное воздействие лечебными физическими факторами (ЛФФ) на регионарный и мозговой кровоток у пациенток с ХВЗПМ.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность комплексного немедикаментозного лечения у пациенток с ХВЗПМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У 72 женщин в комплекс лечения были включены местная электроимпульсная терапия (интерференц-, диадинамо-, амплипульс-) и низкочастотная магнитотерапия, а также центральная регулирующая (инфита-, цветоритмо-) терапия. Курс, начатый на 5–7 день цикла, составил 30 процедур электролечения и 10 процедур центральной регулирующей ФТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

До ФТ и через 1 месяц после нее, на 5–7 день цикла методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) определяли состояние кровотока на капиллярном уровне. В динамике выявлено увеличение ($p<0,05$) максимальной амплитуды нейрогенных (AmaxH) и миогенных (AmaxM) колебаний. AmaxH в точке VC3 повысилась ($p<0,05$) с 0,11±0,02 до 0,21±0,02, а в VC4 – с 0,12±0,04 до 0,29±0,02 пф.ед. соответственно. AmaxM в точке VC3 увеличилась ($p<0,05$) с 0,21±0,02 до 0,40±0,02, а в VC4 – с 0,19±0,01 до 0,32±0,01 пф.ед. соответственно. AmaxH в точке V31 также увеличилась ($p<0,05$) справа с 0,13±0,04 до 0,34±0,02 и слева – с 0,16±0,05 до 0,37±0,02 пф.ед. соответственно. AmaxM в точке V31 слева и справа увеличилась ($p<0,05$) до 0,38±0,04 пф.ед. Амплитуда дыхательной волны (АmaxД) снизилась ($p<0,05$) в точке VC3 с 0,29±0,01 до 0,13±0,02, а в VC4 – с 0,28±0,02 до 0,10±0,04 пф.ед. соответственно. В точке V31справа AmaxД составила 0,11±0,03, а слева – 0,13±0,02 пф.ед. соответственно. Результаты ЛДФ свидетельствуют о восстановлении тканевого кровотока за счет разгрузки венулярного звена микроциркуляторной системы.

Полученные данные согласуются с результатами допплерометрии сосудов матки. Так, после ФТ в I фазу м.ц. выявлено снижение ($p<0,05$) индекса резистентности с 0,98±0,02 до 0,75±0,02 и 0,97±0,01 до 0,75±0,03 на уровне правой и левой маточных артерий, с 0,88±0,03 до 0,68±0,02 на уровне аркуатных и с 0,80±0,01 до 0,62±0,03 на уровне радиальных артерий соответственно.

Итак, электротерапия вызвала улучшение кровообращения за счет местного влияния на микроциркуляцию. Данные реоэнцефалограммы головного мозга указывали на нормализацию тонуса артериальных сосудов и их кровенаполнение, что облегчает венозный отток из черепа. При этом уровень интенсивности боли (тестирование по визуально-аналоговой шкале) снизился с 2,33±0,14 до 0,67±0,10 баллов, коэффициент обезболивающего действия составил 0,71±0,02 и соответствовал выраженному болеутолению. Число выбранных дескрипторов (МакГилловский опросник боли) в сенсорной шкале снизилось вдвое, а сумма рангов в 3 раза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексное воздействие ЛФФ у женщин с ХВЗПМ является патогенетически обоснованным и клинически эффективным.

ЭКСПРЕССИЯ КИССПЕПТИНА В ЭНДОМЕТРИИ ПРИ РАЗНЫХ СТЕПЕНЯХ ЭНДОМЕТРИОЗА

Клейменова Т.С., Дробинцева А.О., Полякова В.О.

ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эндометриоз – это заболевание, характеризующееся развитием внутриматочной ткани вне матки, вызывая боль и бесплодие. Наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) II степени поражает глубокие слои матки и наблюдается, как правило, только один пораженный очаг. НГЭ III степени характеризуется большим количеством патологических очагов, которые локализуются в глубоких слоях ткани. На яичниках могут появляться кисты маленьких размеров, а в брюшине – тонкие спайки (Ткаченко А., 2015). В исследовании Makri A. говориться о том, что кисспептин (KISS1) не обнаружен в тканях эндометрия ни у больных пациенток с III–IV степенью, ни в контрольной группе (Makri A., 2012). На данный момент отсутствуют исследования KISS1 при II и III степени эндометриоза.

ЦЕЛЬ

Целью работы является исследование экспрессии KISS1 при НГЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования была выбрана ткань эндометрия из полости матки. В исследовании были включены 30 женщин с НГЭ II–III в возрасте от 20 до 38 лет (29,8±1,3). Контрольную группу составили 18 пациенток в возрасте от 23 до 39 лет (30,6±0,6). Материал был получен с помощью пайпель-биопсии. НГЭ-II диагностирован у 24 пациенток, НГЭ-III – у 6. Материал был получен из архива отдела патоморфологии ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта». Для ИГХ использовались первичные моноклональные антитела к KISS1 (1:200, Abcam). В качестве вторичных антител и проявителя использовали Mouse and Rabbit Specific HRP Detection IHC Kit (Abcam). Для оценки результатов ИГХ проводили морфометрическое исследование с использованием системы компьютерного анализа микроскопических изображений, состоящей из микроскопа Olympus, цифровой камеры Olympus-BX46 и программного обеспечения CellSensEntry. В каждом случае анализировали 5 полей зрения при увеличении 400х в программе компьютерного анализа изображений «Морфология 5.0» (ВидеоТест, Россия) и измеряли площадь экспрессии. Относительную площадь экспрессии (Sэкс) вычисляли как отношение площади иммунопозитивных клеток к общей площади препарата.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенное ИГХ исследование выявило экспрессию KISS1 как в эндометрии пациенток, страдающих наружным генитальным эндометриозом II-III степени, так и в контрольной группе. У трех пациенток с диагнозом НГЭ из 30 обследуемых не был выявлен KISS1, две пациентки с III, одна – со II степенью. В контрольной группе был статистически повышен (p=0,0218) уровень Sэкс KISS1 в 2,7 раза по сравнению с НГЭ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Такие результаты могут быть связаны с тем, что KISS1 регулирует функцию матриксных металлопротеиназ (ММП). KISS1 способен подавлять транскрипцию данной группы белков. Таким образом, можно предположить, что ММП больше супрессируются при НГЭ, а это может приводить к увеличенной инвазии клеток в ткани и к агрессивному течению эндометриоза. Изучалась II и III степени НГЭ, при этом было показано, что уровень Sэкс KISS1 у пациенток с более тяжелой формой заболевания был достоверно ниже (p=0,01871), чем у пациенток с более легкой степенью. Пониженный уровень Sэкс KISS1 у пациенток с III степенью может говорить о том, что кисспептин меньше подавляет ММП, которые отвечают за инвазию клеток в ткани. Возможно, снижение KISS1 при НГЭ-III связано с усиленной инвазией эндометриальных клеток, а, следовательно, болезнь протекает агрессивно, что характерно для более тяжелой формы заболевания.

Работа поддержана грантом Президента РФ № МД-6001.2016.7

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ОВАРИАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Клинышкова Т.В., Перфильева О.Н., Церцанова Е.А., Фролова Н.Б.

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск

АКТУАЛЬНОСТЬ

На современном этапе рутинное хирургическое лечение при эндометриозе яичника на фоне нереализованной репродуктивной функции подвергается сомнению. Разноречивость мнений в подходах к ведению пациенток с эндометриозом яичников побуждает к выбору наиболее рациональной тактики и анализу результатов лечения с позиции сохранения фертильности.

ЦЕЛЬ

Провести комплексную оценку результатов обследования и консервативного лечения пациенток с односторонними эндометриоидными кистами яичников (ЭКЯ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошло 68 пациенток: 34 пациентки с односторонними ЭКЯ, получавших эмпирическое лечение диеногестом (основная группа) в возрасте 28,14±1,01 лет, и 34 пациентки без нарушения репродуктивного здоровья и без

хирургического лечения на яичниках в прошлом (группа контроля) 30,27±1,00 лет (p=0,375).Критерии включения в основную группу: репродуктивный возраст; отсутствие терапевтического эффекта при лечении КОК в течение 3 месяцев на этапе выявления; односторонняя эндометриома, не превышающая 4 см, отказ от оперативного лечения; согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: двусторонние ЭКЯ, эндометриоз другой локализации, отказ от участия в исследовании. В ходе исследования оценивались результаты анамнестических данных, эхографии органов малого таза, биохимические параметры овариального резерва и онкомаркера СА 125 в сыворотке крови методом ИФА.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациенток основной группы длительность первичного эндометриоза яичников от момента выявления по УЗИ не превышала 6 месяцев. В каждом третьем случае выявлено нарушение фертильности (11/34) с преобладанием первичного бесплодия и длительностью бесплодия 1,0 (1,0; 2,0) год (P50 (P25; P75)). Рецидивирующая форма эндометриоза установлена в каждом пятом случае (7/34) с преобладанием у инфертильных пациенток (6/11) после цистэктомии по поводу ЭКЯ с интервалом после операции 2,0 (1,3; 2,8) года.

Анализируя данные УЗИ, выявлены ЭКЯ диаметром 30,0 (21,0; 34,75) мм, при отсутствии различий от стороны поражения, с преобладанием ЭКЯ менее 3см (24/34). Уровень СА 125 в основной группе составил 32,0 (29,0; 35,5) Е/мл. Анализ параметров овариального резерва в группах показал отсутствие различий в уровне ФСГ, ингибина В, активина А (p>0.05) при более низких показателях АМГ (в 2,4 раза) в основной группе (p=0,0016), что объясняется хирургическим анамнезом пациенток. Установлена гиперэстрадиолемия в основной группе в сравнении контролем (p=0,0028).

Учитывая современную концепцию лечения эндометрием менее 3–4см, пациенткам основной группы проведено лечение диеногестом 2мг с оценкой размеров кисты по результатам эхографии. Через 3 месяца терапии выявлены эндометриомы диаметром 23,5 (15,5; 28,5) мм (p=0,349); через 6 месяцев – 15,0 (11,5; 21,0) мм в сравнении с данными до лечения (p<0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При односторонних ЭКЯ размером 30,0 (21,0; 34,75) мм, имеющих рецидивирующее течение в каждом пятом случае, наблюдалось снижение уровня АМГ, в отличие от ингибина В и активина А, на фоне гиперэстрадиолемии в сравнении со здоровыми пациентками. Установлено двукратное уменьшение размеров односторонних ЭКЯ по завершении лечения диеногестом (p<0,05).

ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Колесникова Л.И., Даренская М.А., Гребенкина Л.А., Рашидова М.А., Шолохов Л.Ф. Данусевич И.Н.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», г. Иркутск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хронические вирусные гепатиты В и С представляют собой серьезную медико-социальную проблему, благодаря их широкому распространению, тяжелому течению, существенному омоложению основных групп больных. В настоящее время зафиксирован резкий рост заболеваемости хроническими формами гепатита, обусловленный активным вовлечением в эпидемический процесс женщин репродуктивного возраста. Перекисное окисление липидов и состояние системы антиоксидантной защиты (ПОЛ-АОЗ) занимают важное место в основе сохранения гомеостаза, адаптивных реакций, снижения активности воспалительных процессов и патологии.

ЦЕЛЬ

Выявить особенности изменений параметров липопероксидации у женщин репродуктивного возраста, больных хроническими вирусными гепатитами В и С.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 44 пациентки, с хроническими вирусными гепатитами В (20 пациенток (45%) и С (24 пациентки (55%) (средний возраст – 28,8±7,5лет). Контрольную группу составили 28 практически здоровых женщин (средний возраст – 30,8±2,9 лет). В качестве материала для исследования использовались сыворотка и гемолизат. Использованы спектрофотометрические и флюорометрические методы исследования. Продукты перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты определялись на спектрофлюорофотометре Shimadzu RF-1501 (Япония) и спектрофотометре Shimadzu RF-1650 (Япония).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты исследования показали, что у женщин, больных хроническими вирусными гепатитами отмечалось статистически значимое увеличение конечных ТБК-активных продуктов ПОЛ в 1,9 раза (p=0,006) по сравнению с контрольными значениями. Статистически значимых различий в отношении первичных продуктов ПОЛ-диеновых конъюгат выявлено не было (p>0,05). В системе АОЗ у женщин с хроническими вирусными гепатитами в сравнении с контролем отмечалось снижение общей антиокислительной активности крови (на 39%, p<0,0001), активности супероксидисмутазы на 23% (p<0,0001) и уровня α-токоферола (на 24%, p=0,005).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Воспалительные процессы в печени приводят к генерации активных форм кислорода, инициирующих процессы ПОЛ. При хронических вирусных гепатитах отмечается интенсификация реакций окислительного стресса, с одновременным угнетением функционирования системы антиоксидантной защиты, что требует более тщательного подхода при проведении лечебно-диагностических мероприятий.

МАРКЕРЫ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Колесникова Л.И., Сутурина Л.В., Даренская М.А., Гребенкина Л.А., Натяганова Л.В., Лазарева Л.М., Данусевич И.Н., Наделяева Я.Г., Даржаев З.Ю., Семенова Н.В., Долгих М.И., Никитина О.А.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», г. Иркутск

АКТУАЛЬНОСТЬ

СПКЯ – гетерогенное заболевание, характеризующееся гиперандрогенией, хронической ановуляцией и поликистозной морфологией яичников, считается одной из наиболее часто встречающихся эндокринопатий среди женщин репродуктивного возраста и обычно манифестирует в подростковом возрасте. Различное сочетание клинико-лабораторных характеристик, характерное для СПКЯ, может лежать в основе определенного фенотипа. Как и любая хроническая патология, СПКЯ может сопровождаться системными воспалительными реакциями, активность которых определяется продуктами липопероксидации. Таким образом, изучение клеточных процессов, лежащих в основе сложного симптомокомплекса СПКЯ является крайне актуальным и позволит расширить представления о патогенезе данного заболевания, возможности его коррекции.

ЦЕЛЬ

Выявить особенности процесса липопероксидации – антиоксидантной защиты у женщин репродуктивного возраста с различными фенотипами СПКЯ

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 48 женщин репродуктивного возраста с СПКЯ и бесплодием (средний возраст – 27,8±4,9 лет), которые были объединены

в 2 подгруппы: 1 подгруппа с «классическими» фенотипами – NIH 1 (гиперандрогения, овуляторная дисфункция, поликистозная морфология яичников по УЗИ) + NIH 2 (гиперандрогения, овуляторная дисфункция, но без ПКЯ) (n=24; 26,6±4,8 лет) и 2 подгруппа с «неклассическими» фенотипами – Rotterdam 1 (гиперандрогения и ПКЯ, но регулярные овуляторные циклы) + Rotterdam 2 (овуляторная дисфункция и ПКЯ, но без клинической/биохимической гиперандрогении) (n=24; 29,4±4,7 лет). В качестве групп сравнения использовались данные пациенток с бесплодием без СПКЯ (n=31, 27,6±5,8 лет) и контрольной группы (практически здоровые женщины) (n=28, 31,33±3,5 лет). Оценка биохимических параметров проводилась с помощью спектрофотометрических и флюорометрических методов исследования. Статистический анализ проводили с помощью параметрических и непараметрических методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами не было зарегистрировано статистически значимых различий по исследуемым параметрам между пациентками с «классическими» и «неклассическими» фенотипами СПКЯ (p>0,05), при этом, определенные изменения обнаруживались при сравнительном анализе с контрольной группой и группой с бесплодием без СПКЯ. Так, в группе с «классическими» фенотипами было выявлено статически значимое снижение активности СОД (на 15%, p=0,0011, относительно контроля), α-токоферола (на 22%, p=0,0232, относительно контроля) и увеличение уровня ретинола (в 2,27 раза, p=0,0004, относительно контроля), при отсутствии изменений в содержании конечных ТБК-АП (p>0,05). Группа с «неклассическими» фенотипами имела статистически значимые различия, как с группой контроля – в виде сниженной активности СОД (p=0,0124) и увеличенных значений ретинола (в 1,73 раза, p=0,0029), так и с группой пациенток с бесплодием без СПКЯ (более низкие показатели ТБК-АП (на 39%, p=0,0108, относительно пациенток с бесплодием без СПКЯ) и GSH (на 13%, p=0,0358, относительно пациенток с бесплодием без СПКЯ) и повышенный уровень α-токоферола (на 46%, p=0,0121, относительно пациенток с бесплодием без СПКЯ).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целом при СПКЯ, а особенно, при его «классических» гиперандрогенных фенотипах, изменения процессов липопероксидации носят преимущественно адаптационный характер, что позволяет рекомендовать персонифицированный подход при проведении комплексной терапии данной категории больных.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Крутова В.А., Мелконьянц Т.Г., Кравцова Н.А., Титова А.Н., Ордокова А.А.

Базовая акушерско-гинекологическая клиника ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России, г. Краснодар

АКТУАЛЬНОСТЬ

Стрессовое недержание мочи (СНМ) встречается у 12,8–46,0% женщин, и его негативным последствием является снижение качества жизни: физического, психологического и сексуального ее аспектов (М. Ю. Гвоздев, 2012, B. E. Kwon, 2010). Использование синтетических субуретральных слингов является одним из основных методов хирургического лечения СНМ у женщин (Д. Ю. Пушкарь, 2010, E. Constantini и соавт., 2014.). Важным моментом в оценке эффективности применения субуретральных слингов является мониторинг качества жизни пациентки в послеоперационном периоде. Изучение показателей эффективности хирургического лечения СНМ является актуальной проблемой, так как позволяет оптимизировать тактику ведения данной группы пациенток.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования стала оценка качества жизни большой группы пациенток с диагнозом СНМ на различных этапах послеоперационного наблюдения, в результате

чего была доказана эффективность слинговых операций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В качестве стандартизированного метода были применены специальные опросники, отличающиеся простотой использования и высокой информативностью.

В исследование было включено 217 пациенток с недержанием мочи в возрасте 35–72 лет (средний возраст 53,5±3,4 года), прооперированных в условиях гинекологического отделения Базовой акушерско-гинекологической клиники ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России. В указанной группе СНМ наблюдалось у 190 (87,6%) женщин, смешанная форма недержания мочи – у 27 (12,3%). В исследование не включались пациентки с выявленной гиперактивностью детрузора и максимальным уретральным давлением закрытия менее 20 см вод. ст. по данным уродинамического исследования.

В исследуемой группе пациенток была произведена коррекция СНМ с использованием различных субуретральных слингов: свободных синтетических петель TVT-O (Jonson&Jonson) – у138 (63,6%) и Unitape T Plus (Promedon) – у 12 (5,5%), петли одного разреза Ophira (Promedon) – у 67 (30,9%). Для оценки качества жизни применялись опросники Urogenital Distress Inventory (UDI-6) и Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7). Жалобы также оценивались в динамике с помощью дневника мочеиспускания и 24-часового Pad-теста. При сборе данных учитывались тип выполненной операции, наличие осложнений в послеоперационном периоде. Все пациентки были приглашены на повторные визиты спустя 1, 2 и 6 месяцев после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Было выявлено, что согласно обоим опросникам к концу первого месяца после хирургического лечения большинство женщин отметили явное уменьшение выраженности симптомов недержания мочи и улучшение качества жизни. 80,2% пациен-ток (174 чел.) оценивали результат операции как «хороший» и «отличный» (4–5 баллов), удовлетворительным результат восприняли 15,7% пациенток (34 чел.), при этом 2,3% (5 чел.) не были удовлетворены полученным результатом. Дальнейшее наблюдение не показало существенных изменений: показатели качества жизни опрошенных пациенток оставались на стабильно высоком уровне через 2 и 6 месяцев независимо от вида установленного слинга.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, слинговые операции с применением синтетических имплантов показали высокую эффективность в коррекции стрессового недержания мочи, а специализированные опросники являются необходимым методом оценки качества жизни пациентки. Приведенные данные совпадают с результатами исследований других авторов в этой области (Д. Ю. Пушкарь, 2012, U. Due и соавт., 2013, A. Mostafa и соавт., 2014).

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МГТ В ТЕРАПИИ ОСТЕОПЕНИИ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кузнецова Л.В., Зазерская И.Е.

НИЛ репродукции и здоровья женщины Института перинатологии и педиатрии ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

На фоне дефицита эстрогенов у женщин в постменопаузе процессы резорбции преобладают над процессами формирования кости, что ведет к развитию остеопороза. Основным патогенетическим методом лечения остеопении, связанной с гипоэстрогенемией, является использование эстрогенов. Однако у части женщин заместительная гормональная терапия не оказывает ожидаемого эффекта. Сочетанное использование препаратов кальция и кальциферола замедляет темпы снижения минеральной плотности кости. В настоящее время активно исследуются факторы, повышающие эффективность эстроген-гестагенной терапии остеопении у женщин постменопаузального возраста.

ЦЕЛЬ

Цель исследования состояла в определении эффективности эстроген-гестагенных препаратов в терапии остеопении (ежедневно в непрерывном режиме на протяжении 12 месяцев) у женщин постменопаузального возраста в зависимости от уровня витамина D в сыворотке крови, применявших препараты заместительной гормональной терапии половыми стероидами и препарат кальция (1000 мг) и витамина D3 (400МЕ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В I группе (n=12, средний возраст 53,7+0,8 года, уровень витамина D в сыворотке крови 53,4+0,2 нг/мл) и во II группе – (n=11, средний возраст 55,2+0,4 года, уровень витамина D в сыворотке крови 29,7+0,4 нг/мл). МПК определяли методом двухэнергетической рентгеновской остеоденситометрии (DXA) на аппарате фирмы Lunar (США). Проводили определение биохимических маркеров костного обмена в сыворотке крови, которые претерпели значительные изменения уже в первые 3 месяца терапии: уровень остеокальцина повысился, содержание ß-кросслапс уменьшилось.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На протяжении всего периода лечения МПК увеличивалась во всех отделах скелета – в I группе: в поясничном отделе позвоночника – на 5,7+0,6%, в проксимальном отделе бедра – на 4,0+0,5%, в дистальном отделе предплечья – на 2,9+0,6%; снизился маркер остеорезорбции (на 48,3+0,9%) и повысился маркер остеосинтеза (на 15,7+0,7%). Во II группе МПК увеличилась в меньшей степени, чем в I группе: в поясничном отделе позвоночника – на 3,4+0,6%, в проксимальном отделе бедра – на 2,3+1,1%, в дистальном отделе предплечья – на 1,8+0,4%; показатель остеорезорбции снизился на 41,3+0,7%, показатель остеосинтеза увеличился на 11,2+0,7% по сравнению с исходным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, выявлена большая эффективность в терапии остеопенического синдрома эстрогенсодержащими препаратами с применением препаратов кальция и витамина D у женщин постменопаузального возраста в зависимости от исходного уровня витамина D в сыворотке крови

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА ВО ВЛАГАЛИЩЕ У 12-ЛЕТНЕЙ ПАЦИЕНТКИ

Кумыкова З.Х., Уварова Е.В., Чупрынин В.Д., Батырова З.К., Луньков С.С., Лужина И.А., Киселева И.А., Латыпова Н.Х.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Длительные гнойные выделения из влагалища у девочек могут быть следствием различных причин, в том числе инородного тела во влагалище. В статье представлено клиническое наблюдение пациентки 12 лет с инородным телом во влагалище в течение 9 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В клинико-диагностический центр НЦ АГиП обратилась пациентка А., 12 лет, с жалобами на гнойные выделения из влагалища с неприятным запахом с 3 лет. По месту жительства неоднократно проводилось обследование, противовоспалительное лечение с кратковременным неполным эффектом. В ноябре 2015 г. обратилась в поликлинику детской больницы с жалобами на периодические грязно-коричневые и гнойные выделения из половых путей в течение последнего года. Проведено УЗИ органов малого таза, заключение: Гипоплазия матки. Направлена на МРТ органов малого таза, заключение: Гипоплазия матки. Госпитализирована в отделение гинекологии детской больницы с диагнозом: Хронический вульвовагинит; произведена вагиноскопия, удаление полипа шейки матки. Гистологическое заключение: грануляционная ткань с гнойным воспалением. После операции проводилась антибактериальная, противовоспалительная терапия в течение 14 дней с кратковременным эффектом. Спустя 2

недели после завершения терапии вышеуказанные жалобы возобновили. Обратились для консультации в НЦАГ и П 12.2016 г. По представленным результатам обследования гормональный статус соответствуют допубертатному уровню. При осмотре: половое развитие соответствует 1 стадии развития по Таннеру (B1P1); слизистая вульвы бледно-розовая, признаков травмы наружных половых органов не выявлено, гимен полулунный, из влагалища жидкие желтоватые выделения с резким ихорозным запахом. При вагиноскопии визуализация шейки матки затруднена в связи с наличием множественных сращений стенок и скоплений грануляционной ткани в средней трети влагалища. При УЗИ органов малого таза: размеры и степень зрелости внутренних половых соответствуют допубертатному возрасту, подозрение на инородное тело во влагалище (трубчатое образование в левом своде влагалища 2,0*1,0 см). При ретроспективном анализе записи данных МРТ органов малого таза от 11.2015 г. специалистами НЦ АГиП обнаружено: в сагиттальном, аксиальном и фронтальном срезах на уровне верхней трети влагалища в проекции свода слева определяется трубчатое образование, заполненное воздухом, 2,0*1,0 см. Госпитализирована во 2 ГО для уточнения диагноза (01.2016 г.). Произведена вагиноскопия под наркозом. В ходе операции обнаружено: на уровне 2,0 см от входа во влагалище имеются множественные сращения стенок влагалища, между которыми определяются ходы, заполненные грануляционной тканью. При продвижении тубуса гистероскопа в ход, находящийся ближе к левой стенке влагалища, на глубине 4,0 см, визуализируется инородное тело желтого цвета с гладкой поверхностью. Хирургический диагноз: Стриктура влагалища. Инородное тело влагалища. Тупым и острым путем инородное тело отделено от стенки и извлечено из влагалища. Инородным телом оказался колпачок от фломастера. В послеоперационном периоде проводилась ежедневная санация влагалища, воздействие на слизистую высокополяризованным светом и обработка кремом с депантенолом. Девочка выписана на 7 сутки под наблюдение гинекологом по месту жительства. Спустя месяц в условиях 2 ГО НЦ АГиП произведена контрольная жидкостная вагиноскопия: слизистая влагалища бледно-розового цвета, левый свод влагалища свободен, имеются немногочисленные рыхлые сращения в нише правого свода влагалища, образованной инородным телом. В центральной части влагалища определяется шейка матки с щелевидным наружным зевом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие длительных или повторных гнойных и кровяных выделений у девочек допубертатного возраста является показанием к проведению УЗИ половых органов и жидкостной вагиноскопии для исключения инородного тела во влагалище как первой линии диагностического алгоритма, что позволит избежать описанной клинической ошибки.

ВОЗРАСТНЫЕ И АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ ЕЁ СРОКАХ

Каграманова Ж.А., Ланщакова П.Е.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова», УКБ №4, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

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

ЦЕЛЬ

Улучшение планирования рождаемости и прогнозирования исхода беременности женщин на основании определения влияния факторов риска: возраста и данных анамнеза на риск развития трех разных типов неразвивающейся беременности (НБ) на ранних сроках.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследовано 52 беременных женщин, которые поступили в УКБ №4 гинекологическое отделение с диагнозом неразвивающаяся беременность (НБ) малого срока (до 12 недель

беременности). Из всех обследованных женщин были выбраны две группы – пациентки с первой НБ и со второй НБ. Диагноз окончательно был поставлен на основании ультразвукового исследования органов малого таза: измерения среднего внутреннего диаметра плодного яйца, наличия или отсутствия эмбриона, отсутствие сердцебиения эмбриона. По ультразвуковым критериям все пациентки были разделены на три типа неразвивающейся беременности – НБ по типу гибели эмбриона, НБ по типу анэмбрионии 1 и 2 типа. У всех пациенток диагноз был подтвержден морфологически после проведения удаления плодного яйца методом мануальной вакуум-аспирации под контролем видеогистероскопии. Статистическая обработка данных (фильтрация, частота встречаемости, сортировка и т.д.) проводилась с использованием программы Excel MS Office.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Первая НБ наблюдалась в 43% случаях, вторая НБ – в 29% случаях. У пациенток первой беременности НБ по типу гибели эмбриона (31%) наблюдалась в среднем в 27±6,3 лет. НБ по типу анэмбрионии 1-го типа (55%) наблюдалась в возрасте 30±6,0 лет. Средний возраст пациенток с НБ по типу анэмбрионии – 2 типа (14%) составлял 25±0,6 года. У пациенток с НБ по типу анэмбрионии 2-го типа было отсутствие в анамнезе гинекологических заболеваний при наличии большого числа выявленных инфекций, передающихся половым путем (ИППП). У пациенток 1-ой НБ по типу гибели эмбриона выявлено преобладание нарушение менструального цикла, СПКЯ, гиперандрогении. При 2-ой беременности у пациенток с НБ по типу гибели эмбриона (33%) возраст был в среднем в 30±2,4 лет, НБ по типу анэмбрионии 1-го типа (47%) наблюдалась в возрасте 29±1,0 лет, НБ с анэмбрионией 2-го типа (20%) наблюдалась в возрасте 34±2,9 года. У пациенток с НБ по типу гибели эмбриона в анамнезе было отсутствие гинекологических заболеваний при наличии большого числа выявленных ИППП (уреаплазмоз, микоплазмоз, хламидиоз, ВПГ). У пациенток со второй НБ, характеризуемой анэмбрионией 2-го типа, выявлено преобладание ИППП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В развитии НБ по типу анэмбрионии 2-го типа у пациенток 2-ой беременности возраст существенно больше, чем у первобеременных. При планировании беременности обязательным этапом является необходимость выявления и лечения ИППП как фактора риска развития НБ по типу анэмбрионии 2-го типа у первобеременных. Из полученных результатов также следует, что с целью снижения риска НБ по типу гибели эмбриона у первобеременных женщин необходимы выявление и своевременная коррекция гормональных нарушений. Раннее планирование беременности является существенным фактором снижения риска НБ.

ХРОНИЧЕСКИЙ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Летяева О.И., Зиганшин О.Р., Абрамовских О.С.

ФГБУ ВО «ЮУГМУ», г. Челябинск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одним из факторов, способствующих поддержанию воспалительного процесса, являются нарушения в биотопах репродуктивного тракта, приводящие к истощению физиологических механизмов защиты, в частности к дисбалансу в локальном иммунном статусе, и соответственно повышать риск персистенции папилломавирусной инфекции.

ЦЕЛЬ

Провести анализ влияния хронического воспалительного процесса урогенитального тракта, ассоциированного с условно-патогенными микроорганизмами на триск персистенции папилломавирусной инфекции у женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2008 по 2015 гг. провели скрининг 1817 пациенток в возрасте от 18 до 43 лет (сред-

ний возраст – 26,2±0,6 лет). Материалом для выделения и последующей амплификации ДНК были соскобы эпителия цервикального канала, взятые одноразовыми цитощетками в 1 фазу менструального цикла. Для идентификации бактериально-микотической биоты применяли технологию «Флороценоз». Для установления факта персистенции ВПЧ высокого риска 120 женщинам через 6 и 12 месяцев после первичного обнаружения вируса проводили повторное ВПЧ-тестирование методом ПЦР с использованием тест-систем «АмплиСенсÒ ВПЧ ВКР генотип-FL» и «АмплиСенсÒ ВПЧ ВКР скрин-титр-FL» Наличие более 10 полиморфно-ядерных лейкоцитов в цервикальном канале при микроскопии мазка, патологические выделения, отсутствие облигатных патогенов, определяли как воспалительный процесс, ассоциированный с условно-патогенными микроорганизмами (U.urealyticum, M. hominis, C.albicans, G.vaginalis, A.vaginae). Все женщины были разделены на 2 группы: 1 группа (n= 58) – пациентки с отрицательными результатами ВПЧ-теста через 6 и 12 месяцев (транзиторное течение папилломавирусной инфекции – ПВИ), и выявленными 2 группа (n=62) – пациентки с положительным ВПЧ-тестом через 6 и 12 месяцев (персистирующее течение ПВИ). Результаты концентрации ДНК ВПЧ выражали в lg (ВПЧ на 105 клеток человек) и оценивали следующим образом: вирусная нагрузка менее 3 lg (порог клинической значимости) – малозначимая, от 3 до 5 lg – значимая и более 5 lg (порог прогрессии) – повышенная.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 42 (35%) женщин наблюдали сочетание ВПЧ с U. urealyticum, M. hominis, у 35 (29,1%) – с C. albicans, у 47 (39,1%) выявили Gardnerella vaginalis и/или Atopobium vaginae. При анализе данных вирусной нагрузки ВПЧ высокого риска, установили, что средняя концентрация вируса при транзиторном течении ПВИ составила 3,26±0,32 lg. Это сочеталось с преобладанием в 41,2% случаев малозначимой нагрузки. При персистирующем течении ПВИ средняя концентрация вирусной ДНК равнялась 4,28±0,33 lg, что выше по сравнению с группой транзиторного течения ПВИ (p=0,04). При этом у 42,4% пациенток преобладала значимая вирусная нагрузка, а частота встречаемости повышенной нагрузки составила 29%. У пациенток с транзиторным течением ВПЧ через 12 месяцев отсутствовали признаки воспаления и в 10,3% выявлялась U.urealyticum. В группе пациенток с персистирующим течением ПВИ у 77,4% присутствовали клинико-лабораторные признаки воспалительного процесса, определялось умеренное количество патологических выделений, среднее количество лейкоцитов составило 12,5±1,5, у 29% выявлены U. urealyticum, M. hominis, у 48,3% определялись C. albicans, у 35,4% – Gardnerella vaginalis и /или Atopobium vaginae.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Условно-патогенные микроорганизмы (U.urealyticum, M. hominis, C.albicans, G.vaginalis, A.vaginae) могут способствовать поддержанию воспалительного процесса и усиливать риск персистенции ВПЧ.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Летяева О.И., Зиганшин О.Р., Абрамовских О.С.

ФГБУ ВО «ЮУГМУ», г. Челябинск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Наличие биопленки при БВ может иметь решающее значение при рецидивирующем течении этого заболевания. Биопленки при БВ плотно прикреплены к поверхности эпителиоцитов влагалища, имеют высокую степень организации, и концентрация микроорганизмов в биопленке может достигать 1011КОЕ/мл. Эффекты УЗК обусловлены как повреждающим действием самих ультразвуковых волн на клеточную мембрану микроорганизмов, разрывами ее оболочки, набуханием и последующем их разрушением, так и окислительному действию активных форм кислорода.

ЦЕЛЬ

Оценка клинико-микробиологической эффективности УЗК в комплексной терапии рецидивирующего бактериального вагиноза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы 122 женщины репродуктивного возраста (18–36 лет, средний возраст составил 28,2±2,6 года) с диагнозом рецидивирующий бактериальный вагиноз (более 4 рецидивов в год). Для установления диагноза БВ были использованы критерии Amsel и критерии Ньюджента. Для видовой идентификации и количественного анализа микрофлоры использована тест-система «Флороценоз–16». Все пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от вида терапии. 1-я группа – 59 пациенток, получавшие терапию метронидазол 0,75% гель разовая доза 5,0 г №5 в соответствии с Клиническими рекомендациями РОДВК; 2-я группа – 63 женщины, получали дополнительно сеансы ультразвуковых орошений физиологическим раствором по 5 минут №6 на курс. Температура раствора составляла 350 С. Во всех группах пациентки были сопоставимы по возрасту и клинико-анамнестическим данным. Критериями эффективности терапии являлась отсутствие жалоб, разрешение клинических симптомов, отсутствие лабораторных признаков БВ, увеличение количества лактобактерий и снижении количества условно-патогенной микрофлоры.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все пациентки при первичном обращении предъявляли жалобы на периодически возникающие патологические выделения, сопровождающиеся неприятным запахом. В 44,2% случаев (54 женщины) отмечался зуд гениталий различной интенсивности. У 18,03% (22 женщины) отмечали дискомфорт при мочеиспускании, 14,7% (18 пациенток) испытывали неприятные и болезненные ощущения при половом акте. Частота рецидивов в течение года составила у 78 человек – четыре раза в год, у 32 – 5 раза в год, у 14 – 6 раз в год. Обострение процесса в 47,5% (58 женщин) связано с фазой менструального цикла. A. vaginae идентифицирована у 35 (28,6%) пациенток, G. vaginalis – у 84 (68,8%), у 34 (27,8%) выявлен Mobiluncus, 58,1% (78 женщин) лактобактерии не определялись, у 44 женщин (36,1%), их средний титр составил 1,78 lg. среднее значение pH до начала терапии составило 4,9±0,2. Через месяц после окончания терапии в первой и второй группе клиническая эффективность составила 88,1% и 96,7%, среднее значении pH 4,5±0,2 и 3,9±0,16 соответственно. Через 6 месяцев у 20,3% пациенток первой группы отмечен рецидив БВ, во второй группе рецидив отмечен у 3,22%. В течение года частота рецидивов составила 3 у 22% и 2 у 4,8% соответственно. Анализ микробиоты через год в первой группе показал наличие A. vaginae у 8 (13,5%), G. vaginalis – у 9 (15,2%), средний титр лактобактерий составил 2,23 lg, во второй группе A. vaginae выявлена у 1 (1,6%), G. vaginalis – у 3 (4,8%), средний титр лактобактерий составил 4,11 lg, и 5,8 lg соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование ультразвуковой кавитации в комплексной терапии рецидивирующего бактериального вагиноза способствует снижению частоты рецидивов и восстановлению микробиоценоза влагалища.

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Логинова К.Б., Доброхотова Ю.Э., Дюкова Г.Н.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Предменструальный синдром (ПМС) – сложное циклическое психонейроэндокринное расстройство, влияющее на эмоциональное и физическое благополучие женщин, снижает работоспособность и нарушает качество жизни. Различают три степени тяжести ПМС: легкая, средняя и тяжелая. С 1994 года тяжелая форма ПМС, с доминирующими эмоциональными и аффективными расстройствами, обозначена как «предменструальное дисфорическое расстройство» (ПМДР). Критерии диагностики ПМС сформулированы в практическом руководстве американского колледжа акушеров гинекологов (ACOG 2000 г.) и МКБ 10, для ПМДР критерии диагностики отражены в приложении к диагностическому и статистическому руководству

по психическим заболеваниям (DSM IV 1994, DSM V 2013). Вопросы распространенности как ПМС, так и ПМДР до сих пор вызывают большие дискуссии. Соответственно ряду публикаций частота ПМС колеблется от 25 до 90%, а ПМДР страдают от 3 до 18% женщин репродуктивного периода. Полученные данные касаются зарубежных стран. В Российской Федерации, по данным Лединой Л.В. (2014), распространенность ПМС составляет 62,5%.

ЦЕЛЬ

Оценка распространенности ПМС и ПМДР среди женщин Российской Федерации, выявленной на основе общепринятых критериев диагностики ПМС (ACOG, 2000) и ПМДР (DSM 1V, 1994), разработка и улучшение диагностических критериев и методов лечения больных с ПМС и ПМДР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анонимное анкетирование с помощью специально разработанной анкеты было проведено 1326 женщинам Москвы и других регионов России (Ростовская область, Уральский регион, Новосибирск). 113 пациенткам с ПМС различной степени тяжести, проведено полное клинико-проспективное обследование и лечение. В зависимости от степени тяжести ПМС, наличия или отсутствия необходимости в контрацепции, пациентов разделили на следующие группы: 1-я группа – 36 пациентов с ПМС легкой и средней степени тяжести, не нуждающихся в контрацепции, им проводилась немедикаментозная коррекция состояния, 2-я группа – 48 пациентов с ПМС средней степени тяжести, имеющих регулярную половую жизнь и нуждающихся в контрацепции, для терапии им был выбран комбинированный оральный контрацептив (КОК), содержащий 20 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона (20 мкг ЕЕ+ 3 мг ДРСП), 3 группа – 29 пациентов с тяжелой формой ПМС (ПМДР), получающих селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) (флуоксетин 20 мг) в непрерывном или в циклическом режиме.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По нашим данным, 74% женщин Российской Федерации имеют ПМС (т.е. не менее 1 соматического симптома различной степени тяжести из списка, предложенного ACOG). У 18,3% опрошенных женщин обнаружено наличие ПМДР (не менее 5 из 9 пунктов, предложенных DSM-IV). Через 6 и 12 месяцев терапии снижение проявлений ПМС по количеству баллов в ежедневном проспективном календаре ПМС больше в группе принимающих КОК, чем в группе, принимающих СИОЗС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результат эпидемиологического исследование ПМС и ПМДР в репрезентативной популяции 1326 Российских женщин подтвердил данные, полученные Halbreich U (2003) на популяции 481 американских женщин. Таким образом, предложенные стандартизированные диагностические критерии подтверждают свою надежность при изучении предменструальных расстройств на разных континентах и в разных социокультурных группах женщин. Наше исследование подтвердило более высокую частоту ПМДР у женщин репродуктивного возраста. Выбор тактики ведения и лечения пациентов с ПМС напрямую зависит от степени тяжести ПМС, наличия или отсутствия необходимости в контрацепции.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ НАРУЖНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Логинова О.Н., Арсланян К.Н.

ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова», г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Роль окислительного стресса (ОС) в патогенезе различных форм эндометриоза относится к числу актуальных и недостаточно изученных проблем. Окислительный стресс индуцируется, когда происходит изменение баланса оксидант / антиоксидант в сторону преобладания оксидантов; резко возрастает продукция радикалов-инициаторов и наблюдается снижение антиоксидантной защиты. ОС оказывает отрицательное влияние на фертильность женщины, оказывая

повреждающее действие на овуляцию, оплодотворение и имплантацию, возможно, являясь важной причиной женского бесплодия при генитальном эндометриозе. Пациенты с эндометриозом имеют низкие концентрации антиоксидантов, таких как ферментативные антиоксиданты и витамин Е.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилось изучение у больных наружным генитальным эндометриозом показателей антиоксидантной защиты – отношение концентраций активных форм ферментов церулоплазмина (ЦП) и трансферрина (ТФ) и NO-связывающей способности SH-групп белков крови.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследовано 60 пациенток. Первую группу составили 30 женщин с гистологически верифицированным диагнозом наружного эндометриоза. Вторую – 20 женщин, родственницы I степени родства больных наружным эндометриозом. В качестве контрольной группы нами обследованы 10 практически здоровых женщин. В качестве основных показателей антиоксидантной защиты нами рассматриваются: соотношение церулоплазмина к трансферрину, отношение концентраций активных форм – NO-связывающая способность крови. Основным методом исследования является метод ЭПР-спектроскопии плазмы крови в относительных единицах.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Самый высокий показатель соотношения железосвязывающих белков ЦП и ТФ выявлен в группе больных эндометриозом (2,58), самый низкий (1,1) – в контрольной группе. В группе родственников показатель соотношения железосвязывающих белков ЦП и ТФ приближен к норме и составляет 1,26. Различия между группами статистически значимы ($p<0,001$). Средний показатель NO-связывающей способности крови у больных наружным эндометриозом составил 17.5, в контрольной группе он составил 29.21. Различия являются статистически достоверными ($U=0$, $Z=3,67$ для $p<0,001$). При сравнении данного показателя по группе больных эндометриозом и группе родственниц также выявлены статистически значимые различия. Средний показатель NO-связывающей способности крови у родственниц составил 28.39, что значительно выше, чем в группе больных – 17.50 ($T=0$, $Z=2,80$ для $p<0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациенток, страдающих наружной формой эндометриоза, выявлено повышение концентрации в крови активной формы ЦП и снижение концентрации активной формы ТФ (повышение показателя ЦП/ТФ); в контрольной группе и в группе родственниц I степени родства этот показатель достоверно ниже. У больных наружным эндометриозом значительно снижена NO-связывающая способность крови по сравнению с их родственницами I степени родства и практически здоровыми женщинами. Отношение концентраций ЦП и ТФ и NO-связывающая способность крови являются показателями антиоксидантной системы защиты организма. Их изменения у пациенток, страдающих наружным эндометриозом, свидетельствует о нарушении баланса в системе оксидант / антиоксидант в сторону преобладания оксидантов, и, соответственно, о развитии окислительного стресса у данной группы больных.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта Президента РФ для гос. поддержки кандидатов наук МК-6355.2015.7.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ЛАЗЕРОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Максимова Т.А., Черкасова А.Л., Джибладзе Т.А., Зуев В.М., Ищенко А.И., Брюнин Д.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Внутриматочная патология (ВМП), в том числе миома матки, гиперпластические процессы эндометрия, патология цервикального канала,

внутриматочные синехии, остается актуальной проблемой гинекологии из-за высокой частоты встречаемости данных заболеваний – у 5–32% женщин репродуктивного возраста, в том числе и у пациенток, прибегших к ВРТ. Внедрение в клиническую практику гистероскопии существенно расширило возможности диагностики патологических состояний эндометрия и эндоцервикса и в то же время позволило при необходимости производить лечебные манипуляции, а создание минигистероскопов позволило не только проводить исследование в амбулаторных условиях без расширения цервикального канала и без использования влагалищных зеркал и пулевых щипцов, но и в ряде случаев провести ее немедленное лечение.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения внутриматочной патологии у женщин репродуктивного возраста с использованием минигистероскопии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проводили лечение с помощью минигистероскопа KARL STORZ с каналом для операционных инструментов, диаметром 1,8 мм (5 Fr), который позволял применять лазерные кварцевые световоды. Под внутривенной анестезией, без расширения цервикального канала и дополнительной травматизации выполнялись хирургические манипуляции. Проанализированы результаты миниинвазивных вмешательств у 134 женщин репродуктивного возраста с бесплодием.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Диагностические минигистероскопии были произведены 193 пациенткам с бесплодием, из них у 59 (30,5%) патологии выявлено не было, а у 38 (20%) обнаружены внутриматочные синехии, причем у 6 (3%) из них – множественные фиброзные сращения; у 60 (31%) пациенток обнаружены единичные полипы эндометрия, у 10 (5%) – множественные полиповидные образования, у 14 (7%) пациенток обнаружены единичные полипы цервикального канала, у 6 (3%) – два полиповидных образования. Пациенткам с внутриматочными синехиями производили их лазерную деструкцию, с формированием полости, а с полипами – лазерную полипэктомию. После деструкции под контролем УЗ исследования в полость матки вводился противоспаечный гель, в состав которого входит: гиалуроновая кислота, карбоксиметилцеллюлоза и альгинат натрия. Длительность операции составила в среднем ~ 5.5 мин. В послеоперационном периоде проводилась комплексная противовоспалительная, гормональная терапия, ангиопротекторная, антигипоксическая терапия.

95 пациенткам была произведена контрольная офисная гистероскопия через 2–3 менструальных цикла после вмешательства, у 2х с полной облитерацией полости матки были обнаружены единичные внутриматочные синехии. Им произведено повторное лазерохирургическое вмешательство. В течение 6–10 месяцев беременность наступила у 28 пациенток, в том числе после ЭКО у 17.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, комплексный миниинвазивный метод лечения пациенток репродуктивного возраста с внутриматочной патологией, включающий лазерохирургическое вмешательство, введение антиадгезивных препаратов, гормональную терапию, ангиопротекторную, противовоспалительную и антибактериальную терапию, является высокоэффективным методом, позволяющим не только сократить продолжительность вмешательства и анальгезии, избежать дополнительной травматизации, но и восстановить функциональное состояние эндометрия и эндоцервикса, что является немаловажным при лечении больных с бесплодием.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ И ВОПРОСЫ КОМПЛАЕНТНОСТИ

Маланова Т.Б., Ипатова М.В.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Инфильтративный эндометриоз – одно из основных показаний для оперативного лече-

ния в настоящее время. Любая операция, особенно большого объема, сопровождается нарушением лимфооттока (100%), возникновением спаечного процесса в малом тазу (50–95%), а как следствие перенесенной операции возможно формирование синдрома хронической тазовой боли (40–50%), трубно-перитонеального бесплодия (30–80%). Нами используется дифференцированная трехэтапная медицинская реабилитация (Маланова Т.Б., Ипатова М.В., 2012, 2015) пациенток после перенесенных операций.

ЦЕЛЬ

Выяснить комплаентность врачей и пациенток к применению физиотерапии как основного варианта медицинской реабилитации после операций по поводу эндометриоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Использованы данные опроса 150 пациенток, оперированных в Центре по поводу эндометриоза. Все пациентки хирургических отделений Центра в раннем послеоперационном периоде с первых суток после операции получают раннее восстановительное физиолечение – низкочастотная магнитотерапия, магнитолазеротерапия 1–2–3 процедуры в день до дня выписки, общим курсом от 5 до 15 процедур (1 этап физиореабилитации – стационарный), направленное на достижение противоотечного, противовоспалительного, обезболивающего эффектов, профилактику послеоперационных осложнений. На момент выписки пациентки получают рекомендации по продолжению данного курса лечения до 20 процедур по месту жительства и приглашаются на повторную консультацию для получения индивидуальных рекомендаций (2 этап физиореабилитации – амбулаторный) с учетом данных гистологического исследования операционного материала, тактики гормональной терапии и репродуктивных планов пациентки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты: нами проанализированы данные опроса 150 пациенток, пришедших на повторный прием для получения рекомендаций по 2-му этапу физиореабилитации. Все 150 пациенток в стационаре получили физиолечение. Реакции адекватные, никто не отказался от лечения. Однако, продолжили 1 этап лечения после выписки лишь 47 женщин (31,3%). Все 47 женщин имели в анамнезе бесплодие на фоне эндометриоза и синдром хронической тазовой боли, поэтому были очень заинтересованы в проведении реабилитации как физического, так и репродуктивного здоровья. Причина невыполнения рекомендаций остальными 103 пациентками – нет рядом кабинета физиотерапии (34%), в физиокабинете нет аппаратов для магнитотерапии (28%), «плохо себя чувствовала» (10%), доктор поликлиники или физиокабинета не дал направления на физиолечение, считая, что оно пациентке не показано (28%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы: к сожалению, приходится констатировать очень низкую комплаентность как пациенток (31,3%), так и врачей (28%) к использованию физиореабилитации, что связано с незнанием докторов об эффективности и необходимости проведения физиореабилитации после операций по поводу эндометриоза и, как следствие, плохой информированности пациенток.

НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Маланова Т.Б., Ипатова М.В., Обухова Г.С., Александрова Л.Н.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова»» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди методов физической терапии особое место занимает низкоэнергетическая лазеротерапия (ЛТ), обладающая выраженным локальным противовоспалительным и стимулирующим эффектами. Это объясняет высокую эффективность применения ЛТ при вялотекущих воспалительных и дегенеративных заболеваниях матки. Поэтому включение ЛТ в комплекс после-

операционного лечения может быть полезным и результативным.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность ЛТ у женщин после инструментального удаления неразвивающейся беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 67 женщин в возрасте от 30 до 40 лет с потерей беременности и ранее гистологически верифицированным хроническим эндометритом. После операции все женщины получали антибиотикотерапию. Из них 28 пациенткам (I группа) провели вакуум-аспирацию при сроке беременности до 8 недель, 20 – (II группа) инструментальный кюретаж неразвивающейся беременности. Пациенткам I и II групп провели интенсивную противовоспалительную ЛТ. Первое воздействие проводили через 3 ч после операции, со 2 сут процедуры проводили по 2 раза в день, курс составил 9 процедур. III группу составили 19 женщин без ЛТ. Клиническую эффективность оценивали по общему состоянию пациентки, результатам бимануального исследования состояния внутренних половых органов, УЗИ-сканирования, клинического и биохимического анализа крови (на 2 и 7 сут после операции).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Самочувствие всех пациенток было удовлетворительным. При анализе гемограммы на 2 сут после операции у 10 (35,7%) I группы и 9 (45,0%) – II, выявлены острофазные показатели крови. Уровень средних молекул (СМ254 и СМ280) у пациенток I группы был 0,29±0,01 и 0,32±0,03 у.е. ОП и превысил нормативные значения. Эндотоксический индекс (ЭИ), включающий показатели общего белка, мочевины, аспартатаминотрансферазы и СМ (при обеих длинах волн ОП), составил 3,13±0,06 и 3,76±0,05 у.е. соответственно. Во II группе женщин уровень СМ254 и СМ280 был 0,30±0,02 и 0,31±0,02 у.е. ОП и также превышал нормативные значения, ЭИ составил 3,09±0,08 и 3,69±0,06 у.е. соответственно.

На 7 сут. после операции у пациенток I и II, а также у 14 (73,7%) женщин III группы отсутствовали жалобы и кровянистые выделения из половых путей, а при бимануальном исследовании – пальпаторно определяемые признаки воспаления матки. Нормализация размеров и отсутствие жидкостного содержимого в полости матки подтверждено УЗИ-сканированием. У всех, пациенток клинический анализ крови не отличался от здоровых женщин. Но, у 5 (25,0%) пациенток II и 9 (47,4%) женщин III группы в биохимическом анализе крови уровни СМ254 и СМ280 по-прежнему превышали референсные значения. При этом ЭИ у этих пациенток изменений не претерпел ($p>0,05$). ЭИ достоверно ($p<0,05$) повысился только у пациенток I группы.

Результаты исследования указывали на сохранение признаков эндотоксикоза у каждой 4 женщины II группы после кюретажа матки вследствие неразвивающейся беременности, что связано с более глубоким травмирующим действием операции, чем вакуум-аспирация (I группа). У каждой 2 пациентки III группы только с антибиотикотерапией также сохранялся эндотоксикоз, что требовало продолжение лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В комплексе лечебных мероприятий у женщин после удаления неразвивающейся беременности применение ЛТ является целесообразным и клинически эффективным.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Мгерян А.Н., Прилепская В.Н.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Экстренная контрацепция (ЭК) относится к современным методом гормональной контрацепции, которая применяется в течение 72 ч. после незащищенного полового контакта. В некоторых случаях экстренная контрацепция является единственным методом, позволяющим предотвратить наступление нежелательной

беременности и применяется в чрезвычайных ситуациях, когда не были использованы другие методы контрацепции.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения препарата, содержащего 1,5 мг Левоноргестрела, у женщин репродуктивного возраста (от 18–45 лет).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе научно-поликлинического отделения ФГБУ «НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова» были обследованы 30 женщин, которым была назначена экстренная контрацепция, содержащая 1,5мг Левоноргестрела (Эскапел) в течение 72 часов после незащищенного полового контакта.

Все пациентки были разделены на две группы. В 1 группу были включены женщины от 25–32 лет, во вторую группу от 33–45лет.

Перед назначением ЭК все пациентки были консультированы:

1. Клинико-лабораторное обследование
2. Уточнялась дата последней менструации
3. Интервал времени, прошедшего после полового контакта
4. Отсутствие беременности путем тест-полосок и УЗИ органов малого таза

У всех пациенток оценивались эффективность, безопасность и побочные явления после применения экстренной контрацепции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1 группу вошли 18 пациенток. Средний возраст женщин в 1 группе составил 27±1,9 лет, во 2 группу – 12 женщин. Средний возраст – 38±2,3года. У всех пациенток менструальный цикл был регулярным. Средняя продолжительность менструального цикла в 1 группе составил 26±2,8дней, во 2 группе – 25±3,9дней.

Всем женщинам был назначен препарат, содержащий 1,5мг Левоноргестрела(Эскапел) в течение 72 часов после незащищенного полового контакта.

Беременность не наступила ни у одной пациентки. Таким образом, эффективность препарата, содержащего 1,5мг Левоноргестрела составил 100%. Побочные явления были установлены у 8 пациенток из 1 группы. У 2 тошнота, у 3 пациенток отмечались мажущие кровянистые выделения после применения препарата и на протяжении 4–5 дней. У 3 – задержка менструального цикла на 10–12дней.

Во 2 группе побочные явления были установлены у 5 (42%) женщин. У 1 задержка менструации на 15 дней, у 4 – мажущие кровянистые выделения на протяжение 2–3 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, препарат, содержащий 15 мг Левоноргестрела (Эскапел), применяющийся для экстренной контрацепции, является высокоэффективным и приемлемым методом контрацепции для женщин репродуктивного возраста. Побочные явления, в виде нарушения менструального цикла были зарегистрированы у 13 пациенток – 8 пациенток 1 группы и 5 женщин 2 группы.

При контрольном консультировании, через 6 месяцев менструальный цикл восстановился у 10 женщин, у остальных 3-х женщин – через 8 месяцев после применения ЭК. Всем пациенткам в последующем была рекомендована плановая контрацепция.

ЗНАЧЕНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Михеева Ю.В., Хворостухина Н.Ф., Захарова Н.Б., Степанова Н.Н.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

АКТУАЛЬНОСТЬ

Распространенность доброкачественных заболеваний шейки матки варьирует от 38,8% до 70%. Особого внимания заслуживает эктопия шейки матки (ЭШМ), которая чаще всего диагностируется при профилактических осмотрах (до 70%), но продолжает считаться вариантом нормального гистофизиологического состояния шейки матки. Несмотря на большое количество работ, посвященных вопросам повышения эффективности лечения ЭШМ, частота рециди-

вирующего течения заболевания остается достаточно высокой (до 40%).

ЦЕЛЬ

Изучить особенности локального иммунного статуса при рецидивирующем течении ЭШМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследовано 49 пациенток в возрасте от 20 до 40 лет. Основную группу составили 18 женщин с рецидивом ЭШМ после коагуляции. В группе сравнения ЭШМ диагностирована впервые (n=21). Контрольная группа представлена здоровыми женщинами (n=10). Всем пациенткам проводился стандартный объем диагностических мероприятий. Дополнительно определяли цитокины (Ил-1β, Ил-6, Ил-8, Ил-10) в отделяемом цервикального канала методом твердофазного ИФА, используя наборы реагентов ЗАО «Вектор Бест». Полученные данные обрабатывали с использованием программ StatSoft Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентки всех групп были сопоставимы по возрасту, имеющейся соматической и генитальной патологии. При проведении расширенной кольпоскопии в основной группе нормальная зона трансформации (ЗТ) 1 типа констатирована у 6 женщин (33,3%). В группе сравнения нормальная ЗТ I типа отмечена у 8 женщин (38,1%). Высокоатипическая ЗТ 1 типа выявлена у 12 пациенток основной группы (66,7%) и 13 (61,9%) – группы сравнения, при этом часто имели место атипическая васкуляризация, немая йоднегативная зона, наботовы кисты, цервицит, мозаика, пунктация, лейкоплакия. Анализ данных цитологического исследования мазков с шейки матки свидетельствовал о воспалительной реакции (II тип мазка по Папаниколау) у 66,7% больных основной группы (n=12) и у 71,4% – группы сравнения (n=15). III тип мазка был выявлен, соответственно, в 1 (5,6%) и 2 (9,5%) случаях, а I тип мазка отмечен в группах лишь в 27,7% и 19,1% наблюдений. При микроскопии мазков в основной группе диагностированы: кольпит – у 6 женщин (33,3%), бактериальный вагиноз – у 10 (55,6%), нормоценоз – у 2 (11,1%). Аналогичные результаты бактериоскопии мазков были получены в группе сравнения. Изучение локального иммунного статуса при ЭШМ показало значительное возрастание всех провоспалительных цитокинов. Содержание Ил-1β у больных с ЭШМ превышало контрольные значения в 12,5 раз (основная группа – 104,6±12,7 пг/мл; группа сравнения – 102,4±14,3). Концентрация Ил-6 увеличивалась, соответственно в 21 и 27 раз, в сравнении с данными контрольной группы (15,6±4,8 пг/мл). Определение Ил-8, обладающего мощным цитостатическим действием, позволило выявить возрастание его значений в основной группе до 312,8±25,1 пг/мл, а в группе сравнения – до 281,0±22,7 пг/мл, при этом в контрольной группе содержание Ил-8 составило 102,9±14,1 пг/мл. В то же время уровень Ил-10 превышал нормативные показатели (7,1±1,4 пг/мл) лишь в 1,3 раза при впервые выявленной ЭШМ и в 1,6 раза при рецидивирующем течении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования локального иммунного статуса при рецидивах ЭШМ свидетельствуют о смещении цитокинового профиля в сторону преимущественной продукции цитокинов Th1-типа, на фоне относительной недостаточности Ил-6 – регулятора иммунных и воспалительных реакций, а также противовоспалительного Ил-10, что приводит к снижению активности репаративных процессов.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Никитина Е.В., Васильева Л.Н., Рубахова Н.Н., Стефанович В.Т.

БГМУ, г. Минск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Искусственное прерывание нежеланной беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное и психическое здоровье женщин. Кроме того, каждая шестая из женщин нуждается в медицинской помощи в связи с осложнениями после медицинских абортов. У 10% женщин это воспалительные

заболевания, которые могут в дальнейшем привести к бесплодию. Эффективность медикаментозного аборта достигает 96–98 % и сопровождается минимальными побочными эффектами и осложнениями, частота которых в 1,5–2,8 раза ниже, чем при традиционных методах.

ЦЕЛЬ

Изучить методику проведения медикаментозного прерывания беременности, частоту, структуру и клинические особенности осложнений после использования медикаментозного и медицинских абортов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 119 амбулаторных карт стационарного пациента с протоколами проведения медикаментозного прерывания беременности на базе 8 женской консультации г. Минска и 106 историй болезни с проведенным хирургическим абортом на базе 6 ГКБ г. Минска. Полученные данные сопоставлялись и сравнивались с помощью пакета «Анализ данных» программы MS Office2010 Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастная структура исследуемых групп не имеет существенных отличий. В каждой из них максимальное число пациенток приходится на 26–30 лет. Минимальные значения отмечаются в группах после 40 и до 20 лет, 56 женщин до 30 лет, 63 – после 30 в первой группе, 46 и 60 во второй соответственно.

В первой группе наибольшее количество женщин обратились на сроке 5–6 недель беременности (54,7%), во второй – 8–9 недель (20,8%).

В первой группе в каждой из возрастных категорий встречались следующие патологии до 30 лет: эрозия шейки матки (4), цервицит (5), миома матки (1); после 30 лет: эрозия шейки матки (2), цервицит (7), миома матки (6), хронический эндометрит (5). В итоге у женщин до 30 лет было 9 случаев (16%) сопутствующей гинекологической патологии, после 30 – 20 случаев (31%).

Во второй группе распределение гинекологической патологии следующее: до 30 лет– эрозия шейки матки (2); цервицит (5), рубцовая деформация шейки матки (2); после 30 лет – эрозия шейки матки (5), киста яичника (2), рубцовая деформация шейки матки (4), хронический эндометрит (6), миома матки (6). У женщин до 30 – 9 случаев 9 (19%), после 30 – 23 случая 9 (38%).

Количество случаев сопутствующей соматической патологии в первой группе – 49 женщин (41,2%), во второй – 45 (42,5%). Из сопутствующей патологии преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей в возрасте до 30 лет (33%), и сердечно-сосудистая патология у пациенток после 30 лет (28%). У пациенток обеих групп инфекционный индекс был высокий (2,18) с наличием нескольких хронических очагов инфекций, что позволило их отнести в группу риска по развитию послеабортных воспалительных осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В обеих группах наибольшее количество осложнений имелось в группах с высокой частотой гинекологической патологии у женщин старше 30 лет. В группе с медикаментозным прерыванием беременности наблюдались следующие осложнения: кровотечения, которые не требовали переливания крови– 2 (1,7%); тошнота, рвота, общее недомогание – 8 (6,7%), болевой синдром – 17 (14,3%), диарея – 1 (0,84%); «неполный аборт» – 4 (3,3%). В группе с хирургическим абортом: кровотечения, которые не требовали переливания крови – 4 (3,8%), кровотечения, которые требовали переливания крови – 2 (1,8%), аллергическая реакция на наркоз (бронхоспазм) – 1 (0,9%), повторное выскабливание – 10 (9,4%).

ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ МЕТОДОМ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ, ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННОГО СИНДРОМА

Нурмухаметова Э.Т., Завалко А.Ф.

НУЗ «ДКБ ст. Самара», г. Самара

АКТУАЛЬНОСТЬ

Миома матки является распространенной опухолью репродуктивной системы. В связи

с растущим вопросом сохранения органа при лечении миомы матки все большую распространенность набирает метод эмболизации миомы матки как альтернативный гистерэктомии, эндоваскулярный, малоинвазивный, воздействует на все узлы и позволяет осуществить репродуктивную функцию женщинам.

ЦЕЛЬ

Изучить отдаленные результаты лечения, влияние эмболизации маточных артерий (ЭМА) на выраженность постэмболизационного синдрома (ПСА).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследовано 56 пациенток в возрасте от 24 до 51 года с миомой матки, по поводу чего им выполнена ЭМА. Средний возраст составил 37+1,5 лет, большинство – репродуктивного возраста. У 6 в анамнезе не было беременностей, они направлены на ЭМА для лечения миомы, как основной причины бесплодия. Размеры матки у пациенток варьировали от 7 до 15 недель, размеры узлов от 21 мм до 96 мм. Миомы матки были растущими, с появлением клиники: менорагии – у 41 (73,2%); боли по шкале ВАШ более 5 баллов – у 33 (58,9%); дисфункция соседних органов – 21 (37,5%); анемия – 41 (73%). Каждой пациентке проводилось УЗИ с кровотоком, гистероскопия с гистологическим исследованием эндометрия. По количеству узлов: от 1 до 3 узлов – у 35 (62,5%); множественная миома – у 21 (37,5%). Распределение расположения узлов: субсерозно-интерстициальные – 19 (33,9%) пациенток; интерстициальные узлы – 17(30,4%); интерстициально-субмукозные – 12 (21,4%); множественная миома матки с миоматозными узлами с деформацией полости матки – у 13 и без деформации– у 8 пациенток. 2 пациенткам ЭМА провести не удалось в связи с анатомическими особенностями и спазмом маточных артерий. Оценка ПЭС осуществлялась по степени выраженности (Ю.Э. Доброхотова, С.А. Капранов).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 14 – в течение 1 суток боли были выраженными от 8 баллов до 10 баллов, 23 – умеренные 4–7 баллов, 18 – слабые 1–3 балла, отсутствовали у 1 пациентки. На 2 сутки одна пациентка оценила боль на 7 баллов, 8 – умеренные боли, 40 – слабые, 7 – боли отсутствовали. После 5 суток на умеренные боли жаловалась 1 пациентка, по поводу чего ей проведено комплексное лечение ПЭС, у 17 пациенток – слабые. Лейкоцитоз наблюдался у 29. Метроррагия – у 37 пациенток с интерстициальными и интерстициально-субмукозными узлами. Гипертермия – у 6 пациенток с узлами более 5,5 см. Кровоток узлов не определялся у 97,2% пациенток в течение 1 года. После ЭМА в течение первых трех месяцев размеры матки уменьшились в среднем на 26,3%, к шестому месяцу – 30,2%, а через год наблюдений – на 47,9%. Размеры узлов к третьему месяцу после ЭМА уменьшились на 32,7%; к шестому – на 51,5%; к 12 месяцам – на 64,6%. У одной пациентки – эффекта через 1 год не было, сохранялась клиника, выполнена лапаротомная миомэктомия, узел 8 см располагался по задней стенке, пациентка планирует беременность. Двум женщинам старше 45 лет выполнена лапароскопическая ампутация матки, в связи с ростом миомы матки, сочетанием с аденомиозом, с менорагией, анемией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Большинство женщин довольны результатом ЭМА, уменьшением узлов и размеров матки более 50% предыдущего размера, исчезновением болевого и геморрагического синдрома, чувства сдавления соседних органов. ПЭС, в основном, после проведения ЭМА – легкой и умеренной степени тяжести. Оценивая полученные результаты, можно рекомендовать ЭМА женщинам репродуктивного возраста как метод лечения миомы матки, сохраняющий функциональный орган, снижающий количество осложнений послеоперационного периода.

ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВОТОКА В МАТОЧНЫХ АРТЕРИЯХ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Озерская И.А., Семилетова А.А.

ФПК МР «РУДН», г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Бесплодием страдают до 17% супружеских пар. Часть из них пользуются методами вспомогательной репродукции, однако не все попытки приводят к развитию беременности. Большое значение имеет прегравидарная подготовка женщины.

ЦЕЛЬ

Оптимизировать ультразвуковое исследование органов малого таза у женщин с бесплодием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 133 женщины (86 с первичным бесплодием и 47 со вторичным), которым проводилось экстракорпоральное оплодотворение с последующим переносом эмбриона. У всех пациенток попытки закончились безрезультатно в связи с нарушением процесса имплантации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди пациенток без структурной патологии матки в 63,2% случаев обнаружено статистически достоверное снижение васкуляризационного индекса (VI) и индекса артериальной перфузии (ИАП). Исследование VI в эндометрии также свидетельствовало о резком снижении васкуляризации срединных структур матки. ИАП имел значения, являющиеся нормой для женщин пре- и постменопаузального возраста. После проведенного лечения, продолжительностью от 3 до 6 месяцев, в 88,4% степень васкуляризации матки и эндометрия соответствовала нормативным значениям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ультразвуковое исследование органов малого таза у женщин, страдающих бесплодием, обязательно должно включать исследование гемодинамики матки и яичников. Объективная оценка степени васкуляризации должна проводиться с использованием VI и ИАП. В случаях снижения этих индексов ниже нормативных значений в качестве прегравидарной подготовки следует применять соответствующее лечение.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОВАРИАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Оразов М.Р., Бикмаева Я.Р., Шкрели И., Арютин Д.Г.

РУДН, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эндометриоз является распространенным доброкачественным гинекологическим заболеванием. В литературе продолжает дискутироваться целый ряд теорий возникновения эндометриоза, в том числе влияние неблагоприятных факторов окружающей среды и наследственных факторов на развитие заболевания, однако данных за наличие определенного гена, ответственного за развитие эндометриоза, до сих пор не получено.

ЦЕЛЬ

Проанализировать информационные ресурсы, касающиеся молекулярных механизмов овариального эндометриоза, исследованные за последние несколько лет на территории России и за рубежом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ научной базы Кохрейновского обзора за 2014–2016 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общепризнано, что нарушение гормонального и иммунного гомеостаза являются одними из важнейших патогенетических звеньев развития и прогрессирования заболевания. Повышение локального содержания эстрогенов обусловлено ферментами, участвующими в биосинтезе

эстрогенов, а именно 17β-гидроксистероиддегидрогеназой (17β-HSD) и ароматазой. Нарушенная экспрессия ароматазы P450 в эндометриоидной ткани, в отличие от эутопического эндометрия, приводит к повышенному биосинтезу эстрогенов, что способствует росту эндометриоидных гетеротопий и, возможно, определяет резистентность к традиционным гормональным методам лечения. При этом выраженность этих изменений коррелирует с тяжестью наружного генитального эндометриоза. В качестве диагностических и прогностических маркеров, свидетельствующих о нарушениях в соотношениях процессов пролиферации и дифференцировки и функционировании эндометрия, позволяющих провести дифференциальный диагноз, подобрать наиболее адекватную терапию, сделать прогноз по поводу течения заболевания и его исхода, в клинической и экспериментальной практике изучают рецепторный гормональный статус (по экспрессии рецепторов к эстрогену и прогестерону – ER, PR), маркеры пролиферации (PCNA, Ki-67, белки, связанные с клеточным циклом – cyclin D1, cyclin E, p21/WAF1 и др.), онкогены (c-ErbB-2), продукты генов-супрессоров (pRb, p53), антиапоптотические белки (Bcl-2), адгезивные молекулы (CD44s), маркеры ангиогенеза (VEGF), протеолитические ферменты (катепсин D), белки теплового шока (hsp27), матриксные металлопротеиназы (MMT). В последние годы все в патогенезе эндометриоза все больше обнаруживают себя генетические и эпигенетические факторы. В 2015 г представлены результаты японского исследования о регулируемой экспрессии микроРНК-210 в эндометриодных очагах, повышающей пролиферацию клеток, устойчивость к апоптозу и стимулирующих ангиогенез через преобразователь сигнала и активатор транскрипции (STAT) 3. На сегодняшний день появляется все больше литературных данных о связи канцерогенеза яичников с эндометриозом. Японскими исследователями обнаружено, что можно стимулировать этот процесс с помощью окислительной стресс-индуцированной повышенной нестабильности генома, аберрантных метилирований и аберраций хроматина, а также мутации генов-супрессоров опухолей. Аномальная экспрессия ARID1A, PIK3CA и генов NF-кБ была признана в качестве основных целевых генов, вовлеченных в окислительный стресс-индуцированный канцерогенез. Выдвинуто предположение, что HNF-1бета-видимому, играет ключевую роль в антиоксидантных защитных механизмах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, новые аспекты в основе молекулярных механизмов патогенеза овариального эндометриоза должны помочь в разработке эффективных терапевтических стратегий.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИИ ПОЧКИ ДЕСМОПРЕССИНОМ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Осипова Н.А.

Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Распространенность недержания мочи в нашей стране по результатам последних эпидемиологических исследований составляет 9% у женщин до 35 лет, увеличиваясь до 36% после 55 лет (Аполихина И.А., 2005). В связи с этим продолжается поиск новых патогенетически обоснованных методов лечения расстройств мочеиспускания у женщин. Hilton P. и Stanton S., Robinson D. продемонстрировали на группе пациенток в возрасте 41–76 лет с неудачным опытом предыдущего лечения недержания мочи эффективность синтетического аналога антидиуретического гормона-десмопрессина (Hilton P., Stanton S.L. 1982, Robinson D., 2004), однако в их работах анализ функционального состояния почек не проводился.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось изучение функционального состояния почек и оценка клинической эффективности десмопрессина при недержании мочи у женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы 277 женщин с недержанием мочи (у 143 женщин было диагностировано стрессовое недержание мочи, у 43 – императивное и смешанное у 91) и 14 здоровых женщин, составивших группу контроля. Возраст обследованных женщин основной и контрольной групп колебался от 18 до 55 лет. Все пробы мочи, собранные за 72 часа, распределяли на два промежутка: ночной (с 23 до 7 ч.) и дневной (с 7 до 23 ч.). В дневнике мочеиспускания указывали время позыва к мочеиспусканию, объём выделенной мочи за одно мочеиспускание, время сна, время и количество выпитой жидкости. Пробу крови из локтевой вены брали в день обследования утром натощак. Исследование концентрации креатинина, концентрации ионов натрия, калия, магния в моче и сыворотке крови производили на автоматическом анализаторе Abbott Architect 8000. Осмоляльность сыворотки крови и мочи определяли методом осмометрии на осмометре МТ–4 («Буревестник», Россия).

Доза десмопрессина (минирина) подбиралась индивидуально. Начальная суточная доза препарата 100 мкг 1 раз в день через 7 дней при отсутствии эффекта увеличивалась до 200 мкг и далее через 7 дней до 400 мкг 1 раз в день. Доза препарата считалась эффективной, если через неделю от начала приема количество ночных мочеиспусканий снижалось на 50% или объем выделенной ночью мочи составлял менее 35% от суточного диуреза, или объем выделенной за сутки мочи был меньше 40 мл/кг/24 часа. После подбора индивидуальной дозы лечение продолжалось в течение месяца. Пациентки с никтурией принимали препарат однократно перед сном. Пациентки с полиурией делили суточную дозу на 2 приема.

Для оценки межгрупповых различий при статистической обработке полученных результатов применяли t-критерий Стьюдента. Данные различия считались достоверными при вероятности ошибки $p<0.05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полиурия (объем мочи, выделенной за сутки превышает 40 мл/кг массы тела) (Van Kerrebroeck P. 2002) была выявлена у 7±2,1% женщин со стрессовым недержанием мочи, у 11,6±4,9% – с императивным и у 9,9±3,1% со смешанным ($p>0.05$), никтурия (ночной диурез/диурез за сутки более 0,35) (Van Kerrebroeck P. 2002) у 17,5±3,2% женщин со стрессовым недержанием мочи, у 27,9±6,8% с императивным и у 25,3±4,6% со смешаннымм ($p>0.05$). Отсутствие достоверных различий между исследуемыми показателями при никтурии и полиурии при различных типах недержания мочи во все периоды наблюдения позволило объединить все пробы пациенток с никтурией (n=24) и полиурией (n=60) для дальнейшего анализа.

Клубочковая фильтрация достоверно не отличается у пациенток с полиурией, никтурией и в контрольной группе во все периоды наблюдения ($p>0.05$). Осмоляльность мочи у пациенток с полиурией и никтурией во все периоды наблюдения достоверно не отличалась от показателей в контрольной группе ($p>0.05$), также во все периоды наблюдения индекс осмотического концентрирования превышает 2. Объем реабсорбированной осмотически свободной воды у пациенток с никтурией и полиурией в любое время суток был равен или превышал значения в контрольной группе. Таким образом, на фоне одинаковой клубочковой фильтрации наблюдались большая, чем в группе сравнения реабсорбция осмотически свободной воды и больший диурез. Объяснение этого противоречия дает анализ показателей экскреции осмотически активных веществ и прежде всего отдельных ионов. При никтурии экскреция ионов натрия, калия и магния ночью, а при полиурии во все периоды наблюдения оказалась выше, чем в контрольной группе ($p<0.05$). Прием десмопрессина оказал нормализующее действие на транспорт ионов в нефроне, и их экскреция стала сопоставима с аналогичными показателями в контрольной группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При приеме десмопрессина (минирина) увеличение внутриклеточной концентрации цАМФ приводит к возрастанию реабсорбции ионов. В итоге меньшее количество ионов и жидкости поступает в собирательные трубки, уменьшается диурез, количество мочеиспусканий и, как следствие, вероятность эпизодов потери мочи.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Паньшина М.В.

Тульский государственный университет, г. Тула

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время гистероскопия признана золотым стандартом изучения патологии полости матки и используется как для уточнения характера, так и для лечения ее патологии. При простой гиперплазии эндометрия информативность диагностической гистероскопии составляет 94,5%, тогда как трансвагинального ультразвукового исследования – 68,6%. В настоящее время остается актуальным поиск современных технологий профилактики патологии эндометрия. Наиболее малоинвазивным методом результативного влияния на эндометрий является аблация.

ЦЕЛЬ

Выявление группы риска по возникновению патологии эндометрия и демонстрация возможностей современных технологий в лечении патологии эндометрия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 30 пациенток с патологией эндометрия в возрасте от 45 до 78 лет, которые госпитализировались из города Тулы и районов области в отделение гинекологии ГУЗ «Городская больница № 7» г. Тулы. Ретроспективный анализ историй болезни включал изучение анамнестических данных и выявление социально-средовых, наследственно-генетических факторов риска; факторов риска, обусловленных отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и отягощенным соматическим статусом. При использовании метода корреляции для первичной обработки данных историй среди 17 факторов выявлены три наиболее значимых фактора риска развития патологии эндометрия. Относительный риск развития патологии эндометрия выше у пациенток, имеющих возраст старше 50 лет, преморбидный фон, отягощенный повышением уровня сахара крови > 5.0 ммоль/л и имеющих длину полости матки больше 8 см (в анамнезе различные внутриматочные вмешательства, длительное ношение внутриматочных спиралей, искусственное прерывание беременности, самопроизвольные выкидыши, роды). У всех больных имелась выраженная сочетанная экстрагенитальная патология, что являлось противопоказанием для гормональной терапии и приводило к высокому риску осложнений при гистерэктомии. На первом этапе перед проведением абляции всем больным произвели гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием соскобов. Были выявлены: железисто-кистозная гиперплазия – 14, железистые и железисто-фиброзные полипы – 9, сочетание полипов и гиперплазии – 7. У 15 пациенток – рецидивирующая гиперплазия эндометрия, 9 из них неоднократно получали гормональную терапию. После подтверждения доброкачественного характера патологии эндометрия осуществляли термоаблацию при помощи системы термической аблации GYNECARE THERMACHOICE II, Johnson&Johnson Company (США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 6 месяцев у 26 пациенток в возрасте от 52 до 69 лет выявлялись эхо-признаки синдрома Ашермана (гиперэхогенное М-эхо до 4–7 мм), у 2 (75 и 76 лет) – картина атрофии эндометрия на фоне серозометры с единичными внутриматочными синехиями, у 2 (45 и 49 лет) визуализировался эндометрий до 3–5 мм. Оценка клинической эффективности термоаблации у менструирующих больных периода перименопаузы показала, что именно у этих 2 пациенток сохранились меноррагии, причиной явился аденомиоз. У 6 больных перименопаузы наступила аменорея, у 4 менструации стали скудными. У всех больных в постменопаузе кровяные выделения из половых путей отсутствовали.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прогнозирование развития гиперплазии эндометрия позволит оптимизировать тактику ведения пациенток путем создания адекватных комплексных методов профилактики и лечения данной патологии с использованием современных технологий.

УЛУЧШЕНИЯ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ

Пенжоян Г.А., Андреева М.Д., Атанесян Э.Г., Махнова Н.М., Морозова Р.В., Хачак С.Н., Цыганова О.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы проведены исследования по оценке состояния эндометрия при невынашивании беременности с позиций иммунных и гормональных соотношений. Под влиянием стероидных гормонов при беременности в крови значительно увеличивается уровень естественных киллерных клеток (NK), которые быстро мигрируют в эндометрий. Клетки с маркерами CD56+, CD16+ более цитотоксичны, в то время как CD56+, CD16 + являются основным источником регуляторных цитокинов и факторов роста.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилось использования иммуногистохимического (ИГХ) метода оценки рецепторного аппарата эндометрия для подготовки пациентов с репродуктивными потерями в анамнезе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 47 женщин с привычной потерей беременности (3 и более потерь беременности, 2 и более неудачных попыток ЭКО) наблюдавшихся в Перинатальном центре ГБУЗ ДККБ ДЗ КК.

Проводилось иммуногистохимическое исследование эндометрия с определением лимфоцитов, экспрессирующие маркеры CD56+, CD16+, HLA-DR(II)+, CD138+ с использованием моноклональных антител компании Diagnostik biosystems (США). Согласно данному методу количество клеток, экспрессирующих CD16+, CD56+, HLA-DR+ выше 10 в поле зрения, и наличие плазматических клеток свидетельствует об обострении аутоиммунного хронического эндометрита.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ИГХ подтвердило наличие хронического эндометрита у обследованных женщин, у 78%, из них был диагностирован аутоиммунный эндометрит (где было выявлено повышение субпопуляций лимфоцитов в эндометрии CD56+ CD 16+ у 78% с подтвержденным ХЭ). У 12,7% выявлена вирусная инфекция в полости матки.

Всем пациенткам была проведена комплексная терапия хронического эндометрита. Предварительный этап включает в себя антибиотикотерапию хронического эндометрита и применение иммуномодуляторов, а также средств, потенциально способных восстановить рецептивность эндометрия. Использовали эстрогены, они назначались с 5 по 25 день цикла, с 16 по 25 день цикла их сочетали дидрогестерон 20 мг/сут. Лечение хронического эндометрита было комплексным с учетом состояния локального и системного иммунитета и включало: иммуномодуляторы, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), физиотерапевтические методы. Из физиотерапевтических методов применялись: магнитотерапия, КВЧ-терапия, амплипульс и др. В состав терапии ХЭ включали иммуномодуляторы: иммунофан, свечи «полиоксидоний», деринат, галавит и др. Из НПВП использовались: нимесил, нейродикловит, свечи с индометацином. Курс лечения составлял 3 месяца.

В течение многих лет разрабатываются способы внутриматочного воздействия на эндометрий. Недавно предложенный метод лечения снижения рецептивности эндометрия путем орошения эндометрия раствором нейпомакса, мы использовали у пациенток с тонким эндометрием и высоким уровнем CD 56+ CD16+ в полости матки. Эта методика демонстрирует положительный эффект в отношении снижения субпопуляций лимфоцитов в эндометрии и роста эндометрия. В результате проведенного лечения у наблюдавшихся пациенток с ХЭ с АИС больных нормализовалась гистологическая структура эндометрия.

26 пациенток вступили в беременность, 2 из них родили в срок, остальные на этапе планирования беременности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные свидетельствуют о необходимости иммуногистохимическое обследо-

вания полости матки для правильной оценки причин невынашивания, и подбора терапии у женщин с неудачными попытками ЭКО и синдромом привычной потери беременности.

ПОИСК ГЕСТАГЕНОВ МОНОГОРМОНАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ

Петросян М.А., Андрюшина В.А., Сапронов Н.С.

ФГБНУ «НИИ АГиР им.Д.О.Отта», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

На сегодняшний день на Российском фармацевтическом рынке нет собственного производства лекарственных препаратов гестагенного ряда, а также полностью отсутствуют инновационные разработки в области охраны женского здоровья. Как известно, гестагенные препараты незаменимы для лечения целого ряда гинекологических, акушерских и онкогинекологических заболеваний. Потребность в них высока и реализуется за счет зарубежных закупок. Очевидно, что разработка высокоактивных, безопасных и конкурентоспособных гестагенов представляет большую актуальность. В Центре «Биоинженерия» РАН в ряду сложных эфиров мепрегенолацетата были синтезированы новые аналоги прогестерона. В ФГБНУ «НИИ АГиР им.Д.О.Отта» в эксперименте на животных была показана их высокая гестагенная активность. Известно, что гестагены, проявляют свое основное действие опосредованно через рецепторы прогестерона. Однако они могут взаимодействовать и с другими ядерными рецепторами, например, андрогенными, глюкокортикоидными, эстрогенными и др., проявляя нежелательные побочные эффекты. Наибольший интерес для таргетной терапии представляет стероидное соединение, обладающее моногормональным действие. Исключить дополнительные эффекты новой молекулы можно в экспериментах на животных, а также, используя in vitro модели, которые позволяют за короткое время определить степень связывания лиганда с разными ядерными рецепторами и таким образом выявить молекулу с интересующими фармакологическими свойствами.

ЦЕЛЬ

Целью работы явилось изучение взаимодействия новых аналогов прогестерона с ядерными рецепторами (прогестероновым, эстрогеновым, глюкокортикоидным, андрогеновым и PXR рецептором).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование взаимодействия гестагенных субстанций с ядерными рецепторами проводили с помощью анализатора LanthaScreen TM TR-FRET (Invitrogen). Анализ основан на передаче энергии между двумя флуоресцентными метками. Для косвенного обозначения ядерного рецептора использовали меченые по тербию anti-GST антитела. Анализы проводили в 384-луночной плате (Perkin Elmer) сначала на агонизм, затем на антагонизм. Компоненты: по 0,25 мкл тестируемых соединений в 100% DMSO с добавлением 9,75мкл дистиллированной воды; 35 мкл GST-PR-LBD, Tb-anti GST антител и коактиватор. Планшеты инкубировали в темноте при комнатной температуре в течение 2 часов, а затем сканировали в Perkin Elmer Envision. Для измерения сигнала использовали соотношение флуоресценции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты исследования взаимодействия гестагенных субстанций №5 и №6 с ядерными рецепторами показали, что оба вещества являются агонистами прогестероновых рецепторов (EC50 для субстанции №5 – 3 нм; EC50 для субстанции №6 – 44 нм). Субстанция №5 также является агонистом глюкокортикоидных рецепторов (EC50 – 290 нм). По отношению к другим ядерным рецепторам, используемым в данной работе, субстанции новых аналогов прогестерона не проявляли ни агонистического, ни антагонистического действия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гестагенные соединения, обладающие способностью взаимодействовать исключительно со специфическими – прогестероновыми рецепторами, не активируя другие ядерные рецепторы, проявляют направленное действие и представляют большой интерес, как для гинекологии, так и для акушерства. Разработка лекарственного препарата с таким свойством позволит соз-

дать высокоактивный гестаген, лишенный побочного действия и имеющий большую перспективу практического применения. Исследование выполнено при поддержке компании Novartis.

МЕСТНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ПРИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ

Погосян Ш.М., Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Абакарова П.Р., Хлебкова Ю.С.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Грибы рода Candida являются комменсалом и постоянно колонизирует влагалище по меньшей мере 30% здоровых женщин. Однако зачастую грибы вызывают заболевание, известное как вульвовагинальный кандидоз (ВВК). Проводились различные исследования для изучения роли врожденного иммунного ответа в патогенезе развития ВВК/РВВК. Споры грибов, попадая во влагалище, адгезируются на поверхности эпителиальных клеток, а их компоненты выступают в роли патоген связанных молекул паттерна и распознаются патоген распознающими рецепторами, что приводит к запуску сигналов активации иммунной системы, синтезу цитокинов, хемокинов, антимикробных пептидов, что приводит к ингибированию и элиминации патогена. Однако есть сообщения, что грибы способны ингибировать иммунную систему путем различных механизмов. Таким образом, взаимодействии грибов с иммунной системой сложный, многофакторный процесс и требует дальнейшего изучения.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования было изучение экспрессии генов врожденного иммунитета у женщин с вульвовагинальным кандидозом и у женщин группы сравнения, в соскобах со стенок влагалища, для оценки иммунного ответа при остром и рецидивирующем ВВК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 137 женщины из них 94 пациентки с различными, характерными для вульвовагинитов, жалобами и 43 условно здоровая пациентка (группа контроля). Все исследуемые женщины, подписавшие информированное согласие, проходили клинико-лабораторное обследование согласно протоколу исследования. Женщины, находившиеся под наблюдением, на основании данных ПЦР исследования соскоба со стенок влагалища (фемофлор 16 и ПЦР 7 показателей), микробиологического исследования, а также результатов микроскопического исследования и данных анамнеза, были подразделены на три группы. В первую группу вошли женщины с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом (РВВК) (I группа, n=59), во вторую – с острым вульвовагинальным кандидозом (ВВК) (II группа, n=35), а третью группу составили условно здоровые женщины (группа контроля) (III группа, n=43). Определение профиля экспрессии мРНК генов врожденного иммунитета с целью оценки локального воспаления нижних отделов женского репродуктивного тракта проводили методом ОТ-ПЦР в режиме реального времени с помощью набора реагентов «ИммуноКвантэкс С/V» (ООО «ДНК-Технология», Россия). Дополнительно оценивался уровень экспрессии генов IL8, IL6, CD69, CD45, IL12A, TGFB, GUSB, TBP и HPRT1.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Статистический анализ полученных данных показал, что у женщин группы контроля уровень экспрессии IL18 и GATA3 IL12A и CD68 достоверно выше по сравнению с пациентками с ВВК/РВВК. При этом значимых различий между пациентками с острым и рецидивирующим течением ВВК выявлено не было. Это позволило предположить, что у женщин с ВВК/РВВК наблюдается снижение активности иммунной системы по сравнению с женщинами контрольной группы. Стоит отметить, что различий между группами при остром и рецидивирующем течении ВВК выявлено не было, что свидетельствует о одинаковой интенсивности протекания инфекционно-воспалительного процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, принимая во внимание выше представленные данные можно предположить, что ВВК протекает на фоне сниженного иммунного ответа, что может быть обусловлено способностью грибов подавлять локальную иммунную защиту или генетическими нарушениями, ведущими к формированию неполноценного противокандидозного иммунного ответа.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К РЕЦИДИВИРУЮЩЕМУ ТЕЧЕНИЮ ВВК

Погосян Ш.М., Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Абакарова П.Р., Хлебкова Ю.С.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) представляет собой грибковое поражение вульвы и слизистой влагалища и является весьма распространенной патологией в гинекологической практике. По данным Европейского международного союза по борьбе с инфекциями, передаваемые половым путем (IUSTI-International Union against Sexually Transmitted Infections) у женщин с клинической картиной вагинита ВВК диагностируется в 18–30% случаев. Несмотря на то, что ВВК в большинстве случаев носит спорадический характер, у 5–8% женщин заболевание приобретает рецидивирующий характер (4 и более эпизодов обострения в течение 12 мес.). Такие состояния как некомпенсированный сахарный диабет, беременность, иммуносупрессия, прием КОК, антибиотиков, глюкокортикостероидов, резистентность микроорганизма к противогрибковым препаратам и т.д. являются факторами риска развития рецидивирующего ВВК (РВВК). В последние годы появляются данные о важной роли генетических нарушений в системе локального иммунитета, которые приводят к функциональной неполноценности локального иммунного ответа при грибковом поражении и рецидивированию кандидоза. Описаны полиморфизмы некоторых генов врожденной иммунной системы (TLR2, TLR3, TLR4, IL-4, MBL, CARD9, Dectin-1 и др.) способствующие развитию РВВК. Однако данные литературы малочисленны, весьма дискутабельны и требуют дальнейших исследований.

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования было выявление молекулярно-генетических факторов рецидивирования ВВК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 94 женщины с различными характерными для вульвовагинитов жалобами. После подписания информированного согласия, женщины проходили клинико-лабораторное обследование согласно приказу Минздрава России от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Дополнительно проводилось количественное определение состава микрофлоры влагалища методом ПЦР (Фемофлор 16). Метод ПЦР также применялся для выявления возбудителей ИППП. Основываясь на результатах проведенных исследований и данных анамнеза все пациентки были подразделены на 2 группы: первую группу составили женщины с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом (РВВК) (n=59), а во вторую группу вошли женщины с острым вульвовагинальным кандидозом (ВВК) (n=35), не отмечавшие рецидивирующего течения заболевания. В дальнейшем, для установления молекулярно-генетических факторов рецидивирования ВВК, пациенткам проводилось генотипирование полиморфных локусов следующих генов: IL-4, IL4R, TLR9, CCL2, IL-1α, IL-1β, IL1R1, TGFβ1, IL-10, TLR4, TLR2.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе данных, полученных в результате нашего исследования, была выявлена ассоциация полиморфизмов генов IL4 (-33 C>T и -590

C>T), IL1B (-598(-1552) T>C и -31 T>C) и CCL2 (2493 A>G) с рецидивирующим течением ВВК. В результате статистического анализа было установлено, что вклад генотипа пациентки в особенности течения ВВК составляет 69%.

Полученные результаты позволили нам разработать модель прогнозирования развития РВВК, что позволит улучшить тактику ведения женщин с вульвовагинальным кандидозом.

Подана заявка на патент (№2016123354) от 14.06.2016 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, учитывая выше представленные данные, можно предположить, что полиморфизмы генов IL1B, IL4 и CCL2 способствуют развитию рецидивирующего ВВК.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Протасов А.Д.

ГБОУ ВПО «СамГМУ» Минздрава России, г. Самара

АКТУАЛЬНОСТЬ

Остроконечные кондиломы аногенитальной области – проявления инфекции, передающейся преимущественно половым путем и вызываемой вирусами папилломы человека (ВПЧ) низкого онкогенного риска. Они склонны к самоизлечению, но чаще отмечается их рецидивирующее течение, обусловленное персистенцией вируса. Распространенность ВПЧ-инфекции в популяции достигает 80%. Разработано множество подходов к терапии данной проблемы, однако ни один из них не является идеальным. Перспективными в плане решения данной проблемы являются иммунопрепарат имихимод и квадривалентная рекомбинантная вакцина, направленная на создание иммунитета к ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность сочетанного применения препарата имихимод 5% крем и вакцинации против вируса папилломы человека с использованием квадривалентной рекомбинантной вакцины по схеме 0–2–6 месяцев с целью достижения длительной клинической ремиссии хронической ВПЧ-инфекции, проявляющейся остроконечными кондиломами аногенитальной области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 36 испытуемых в возрасте 26,4±4,1 лет (22 мужчины), имеющих от 1 до 5 остроконечных кондилом аногенитальной области. Испытуемые были привиты квадривалентной рекомбинантной вакциной по схеме 0–2-6 месяцев с одновременным использованием имихимода 5% крема 3 раза в неделю не более 16 недель. Среди участников исследования у 6 пациенток имелась ВИЧ-инфекция. Данные пациентки получали высокоактивную антиретровирусную терапию (ламивудин 300 мг + абакавир 600 мг + атазанавир 300 мг/ритонавир 100 мг 1 раз в день – 4 случая, ламивудин 300 мг + эфавиренз 600 мг 1 раз в день + зидовудин 300 мг 2 раза в день – 2 случай). У всех шести испытуемых наблюдалась неопределяемая вирусная нагрузка (<400 копий РНК ВИЧ), уровень CD4+ составлял >500 клеток в 1 мкл крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полное исчезновение остроконечных кондилом наблюдалось у 34 из 36 человек (94,4%). У 2 пациентов без ВИЧ-инфекции количество кондилом уменьшилось с исходных 5 до 1 в конце наблюдения через 1 год. В течение 1 года не выявлено рецидивов остроконечных кондилом аногенитальной области.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вакцинация с использованием квадривалентной рекомбинантной вакцины с одновременным использованием имихимода 5% крема приводит к достижению длительной клинической ремиссии хронической ВПЧ-инфекции, проявляющейся остроконечными кондиломами аногенитальной области. Можно говорить не только о профи-

лактическом использовании квадривалентной рекомбинантной вакцины против вируса папилломы человека, но также о терапевтическом ее применении.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДВУХ МЕТОДОВ ИЗМЕРЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ЖЕНЩИН

Рубченко Т.И., Лукашенко С.Ю.

ФГУ ФНЦ «НИИСИ» РАН, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Постменопаузальный остеопороз – это остеопороз преимущественно трабекулярной костной ткани, содержание которой больше всего в позвонках. Этим, вероятно, можно объяснить тот факт, что переломы позвонков являются самым распространенным остеопоротическим переломом и их количество равняется сумме двух других распространенных малотравматичных переломов – предплечья и шейки бедра. Эти факты определяют повышенный интерес к измерению плотности именно трабекулярной костной ткани в постменопаузе. Ранее за рубежом наряду с методом двойной рентгеновской абсорбциометрии (ДРА), признанным в последние десятилетия «золотым стандартом», для измерения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) широко применялся и метод количественной компьютерной томографии (ККТ), особенностью которого как раз и является возможность измерения отдельно плотности трабекулярной костной ткани и кортикальной, и, что особенно важно, МПКТ оценивается в миллиграммах гидроксиапатита кальция, содержащегося в единице объема, в 1 см3. ДРА измеряет количество граммов, приходящихся на 1 см2. В нашей стране метод ККТ в прежние годы не нашел широкого применения, хотя для него была создана даже российская референтная база данных, но в последние годы интерес к нему возрос, о чем можно судить по публикациям в отечественной литературе.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования было сравнение оценки МПКТ поясничного отдела позвоночника (по Т-критерию) и выявление частоты остеопороза у постменопаузальных женщин с естественной (ЕМ) и хирургической (ХМ) менопаузой методами ККТ и ДРА.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Была измерена МПКТ L2-L4 методом ККТ (компьютерный томограф X vision, Toshiba) и МПКТ L1-L4 методом ДРА (Hologic 1000/W QDR) у 130 женщин с ЕМ и 79 женщин с ХМ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст женщин с ЕМ (медиана, квартили) был 52 (49–58) лет, с ХМ – 45 (40–49) лет, соответственно. Длительность менопаузы составила 48 (20–108) месяцев у женщин с ЕМ и 23 (3–102) – у женщин с ХМ. Следовательно, женщины с ХМ были достоверно моложе и имели меньшую продолжительность менопаузы.

У женщин с ЕМ при использовании ККТ Т-критерий был ниже (-2,3), чем при ДРА (-1,23). Т-критерий у женщин с ХМ тоже оказался ниже при ККТ (-1,49), чем при ДРА (-1,14).

Согласно Т-критерию методом ККТ остеопороз был выявлен у 42,2% женщин с ЕМ и у 16,4% – с ХМ. Используя метод ДРА остеопороз выявили только у 19,0% женщин с ЕМ и 11,1% с ХМ, остеопения была у 46,2% при ЕМ и 38,7% при ХМ. Методом ДРА нормальная МПКТ была выявлена у 42,3%, а при измерении ее методом ККТ только у 11,5% женщин.

Меньшая частота остеопороза у женщин с ХМ по сравнению с ЕМ объясняется меньшими возрастом и длительностью менопаузы, несмотря на выявленную нами при динамическом наблюдении достоверно более высокую скорость потери минеральной плотности трабекулярной костной ткани у женщин с ХМ по сравнению с ЕМ – 13 мг/см3/год в первые 2 года ХМ, с замедлением до 5,72 мг/см3 в последующие годы, тогда как при ЕМ в перименопаузе теряется ежегодно только 3,98 мг/см3, после наступления менопаузы 2,22 мг/см3/год, а в позднем репродуктивном периоде потери составляют только 1,9 мг/см3 в год.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при оценке МПКТ методом ККТ выявляется большее количество женщин, нуждающихся в профилактике и лечении остеопороза, чем у обследованных методом ДРА. Для того, чтобы сделать выводы, имеет ли место гипердиагностика при использовании метода ККТ или гиподиагностика при использовании ДРА, нужны дополнительные многолетние исследования о частоте переломов в будущем у женщин, лечение которых начали в соответствии с результатами ККТ или ДРА.

СПОСОБСТВУЕТ ЛИ ГИСТЕРЭКТОМИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМУ УГАСАНИЮ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ?

Рубченко Т.И., Лукашенко С.Ю.

ФГУ ФНЦ «НИИСИ» РАН, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Большинству женщин при гистерэктомии (ГЭ) в репродуктивном возрасте яичники сохраняют, чтобы избежать ранней менопаузы и назначения гормонотерапии сразу после операции. Но в отечественной литературе часто приводят данные о преждевременном угасании функции яичников после ГЭ вследствие нарушения их кровоснабжения.

ЦЕЛЬ

С целью уточнения функции яичников после ГЭ мы определили уровни эстрадиола (Э2) и ФСГ в периферической крови у 121 женщины с ГЭ. В тот же день методом УЗИ определили объем яичников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Возраст женщин при обследовании (медиана, квартили) составил 43 (39–48) года, то есть четверть женщин на момент обследования была старше 48 лет. На момент операции 24 женщины (19,8%) были моложе 35 лет, 40 пациенток (33,1%) были в возрасте 36–40 лет, 39 женщин – в возрасте 41–45 лет (32,2%) и только 18 были старше 45 лет, но до операции имели регулярные менструации. После операции прошло от трех месяцев до 24 лет. У 36 (29,8%) женщин были оба яичника, у 38 (31,4%) – только правый, у 47 (38,8%) – левый. Сохраненные яичники редко были «интактными». Еще 15 женщинам 35–45 лет исследовали содержание гормонов перед операцией, на 6–7-й, 10–14-й день и через 1–3 месяца после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявили, что на 6–7 сутки после операции уровень Э2 в крови достоверно снизился с 235 до 31 пмоль/л, как при удалении яичников, но ФСГ при этом недостоверно снизился с 10,8 до 7,6 МЕ/л. На 10–14 день уровень Э2 увеличился до 114 пмоль/л, через 1–3 месяца почти достиг дооперационных значений.

В зависимости от уровня гормонов пациентки (121) были разделены на 4 группы. В первую вошли женщины с уровнями Э2 (257 пмоль/л) и ФСГ (6,1 МЕ/л), соответствующими репродуктивному периоду. Во вторую группу включили женщин со значениями Э2 и ФСГ, соответствующим перименопаузе по типу персистенции фолликулов (247 пмоль/л и 26,9 МЕ/л, соответственно). Третья группа соответствовала перименопаузе по типу атрезии фолликулов (Э2 – 71 пмоль/л, ФСГ – 42МЕ/л). Женщины 4 группы были в менопаузе (Э2 – 42 пмоль/л, ФСГ – 117 МЕ/л), средний возраст их (48 лет) соответствовал возрасту естественной менопаузы. Возраст женщин групп 1–3 был 40, 46 и 45 лет, соответственно. С момента операции прошло 15, 29, 16 и 53 месяца. Объем яичниковой ткани составлял 12,1 см3, 8,5 см3, 3,2 см3 и 1,8 см3, соответственно.

Математический анализ позволил установить, что в 80% случаев объем яичниковой ткани более 5,5 см3 сочетался с уровнями Э2 и ФСГ репродуктивного периода, у 17% он соответствовал перименопаузе с персистенцией фолликулов, то есть без дефицита эстрогенов, и только в 3% случаев – перименопаузе по типу атрезии фолликулов с дефицитом эстрогенов. При объеме яичника менее 2 см3 все женщины имеют дефицит эстрогенов и высокий ФСГ. Следовательно, при объеме яичников более 5,5 см3 и менее 2 см3 для решения вопроса о гормонотерапии не требуется определение уровней гормонов, достаточно жалоб на приливы и/или низкой минеральной плотности костной ткани. И только

небольшой группе пациенток с объемом яичника от 5,4 см3 до 2,1 см3 для уточнения функционального состояния яичников требуется гормональное «подтверждение» менопаузы или близкой к ней перименопаузы с атрезией фолликулов и дефицитом эстрогенов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ГЭ вызывает только кратковременное снижение секреции Э2, но не преждевременное наступление менопаузы. Яичники после операции функционируют соответственно возрасту и объему сохраненной яичниковой ткани.

РОЛЬ ЛЕПТИНА В РАЗВИТИИ ОВАРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Рязанцева Е.М., Потин В.В., Тарасова М.А.

ФГБУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» УДПРФ, г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди женщин репродуктивного возраста частота ожирения колеблется от 30% до 40%. Более чем у трети женщин с ожирением наблюдается гормональная недостаточность яичников, проявляющаяся нарушением менструального цикла, бесплодием. В ряде экспериментальных работ показано тормозящее действие лептина на стероидогенез и фолликулогенез в яичниках. С другой стороны, установлено прямое стимулирующее действие лептина на активность ароматазы в гранулезных клетках яичников и стимулирующее влияние лептина на фолликулогенез, стероидогенез и процессы апоптоза в ткани яичников исследуемых животных и in vitro. Сведения о роли лептина в патогенезе овариальной недостаточности при ожирении противоречивы и требуют уточнения.

ЦЕЛЬ

Изучение роли лептина в патогенезе недостаточности яичников при ожирении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 50 женщин репродуктивного возраста с ИМТ более 25,6 кг/м2. Контрольную группу составили 10 здоровых женщин репродуктивного возраста. Обследование включало определение в крови, гонадотропинов, пролактина и половых стероидных гормонов иммуноферментным методом и эхографию органов малого таза. Определение уровня лептина сыворотки крови проводили с помощью метода иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы DRG (США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Овариальная недостаточность была выявлена у 72% женщин с ожирением и характеризовалась увеличением объема яичников и числа в них антральных фолликулов. Результаты гормонального обследования выявили повышение уровня ЛГ и эстрадиола в крови больных ожирением, имеющих ановуляцию. Гиперпродукция ЛГ гипофизом не сопровождалось гиперандрогенемией и андрогензависимой дермопатией. уровень ФСГ в крови женщин с ожирением и гормональной недостаточностью яичников (ановуляция и НЛФ) был снижен, что, вероятно, связано с тормозящим действием эстрадиола на продукцию гонадотропин-рилизинг-гормона (ГРГ) в соответствии с механизмом отрицательной обратной связи в гипоталамо-гипофизарно-овариальной системе. У женщин с ожирением отмечено увеличение объема яичников, зависящее от наличия и выраженности овариальной недостаточности. Количество антральных фолликулов у больных с НЛФ (8,7±0,7) и ановуляцией (8,7±0,3) было достоверно ($p<0,0005$) выше этого показателя у больных с полноценным овуляторным циклом (4,6±0,4) и у женщин контрольной группы (3,7±0,2).

Уровень лептина в крови женщин контрольной группы колебался от 4,4 нг/мл до 16,3 нг/мл и в среднем составил 9,1±1,2 нг/мл. У женщин с ожирением уровень лептина в крови варьи-

ровал от 5,4 нг/мл до 99,2 нг/мл (34,7±2,8 нг/мл), что достоверно (p <0,005) превышало показатель в контрольной группе. Содержание лептина в крови обследованных больных положительно коррелировало с ИМТ, уровнем ЛГ и эстрадиола и отрицательно коррелировало с уровнем ФСГ в крови. При ановуляции средний уровень лептина в крови составил 39,7±3,9 нг/мл, у женщин с НЛФ – 30,9±8,1 нг/мл, при наличии полноценного овуляторного цикла уровень лептина в крови был 32,9±5,9 нг/мл.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Содержание лептина в крови обследованных больных существенно не зависело от наличия или отсутствия овариальной недостаточности. Это не позволяет считать гиперлептинемию ведущей причиной нарушения функции яичников при алиментарном ожирении. Вероятной причиной нарушения фолликулогенеза является гиперэстрогенемия овариального и внеяичникового происхождения, способная вызывать преждевременные выбросы ЛГ гипофизом, нарушающие рост и развитие фолликулов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДИДРОГЕСТЕРОНА ПРИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Сальникова И.А., Уварова Е.В.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из групп препаратов, рекомендованных для лечения аномального маточного кровотечения в пубертатном периоде (АМК ПП), являются гестаген-содержащие лекарственные средства. Данные литературы свидетельствуют о применении с гемостатической целью различных препаратов (медроксипрогестерона ацетат, дидрогестерон, микронизированный прогестерон) при разных способах их введения (перорально, интравагинально). Ряд авторов указывают на частое усиление обильности кровяных выделений при лечении АМК ПП прогестинами, что способно приводить к усугублению тяжести анемии, развитию выраженных гемостазиологических нарушений и ухудшению состояния пациентки. В то же время существуют данные о высокой эффективности применения с гемостатической целью прогестинов при условии использования высоких доз препарата и отсутствии профузного кровотечения.

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности применения дидрогестерона при проведении гемостатической терапии у пациенток с аномальным маточным кровотечением в пубертатном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на базе ФГБУ «НЦ АГиП» МЗ РФ. С гемостатической целью препарат, содержащий 10 мг дидрогестерона, получили 50 пациенток с АМК ПП. В 1 группе исследования (25 чел.) произведена ретроспективная оценка эффективности гемостатической терапии препаратом «дидрогестерон» в суточной дозе 20 мг. Во 2 группе исследования (25 чел.) осуществлен проспективный анализ эффективности гемостатической терапии препаратом «дидрогестерон» в суточной дозе 30 мг. Возраст пациенток составил от 12 до 17 лет (M±δ=13,94±1,48). Во всех случаях проводили лечение повторного эпизода АМК ПП, которое протекало в виде обильных кровяных выделений у 7 (28%) и 10 (40%) человек в группах 1 и 2, соответственно. В остальных случаях кровотечение носило характер умеренного. Клинико-лабораторные параметры пациенток не имели статистически значимых различий.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выраженное уменьшение обильности кровяных выделений произошло на 1–2 сутки лечения (M±δ=1,67±0,48) у 13 пациенток (52%) в 1 группе и в 1-е сутки лечения у всех пациенток (100%) 2 группы. Полноценный гемостатический эффект был достигнут в среднем на 4 день (M±δ=4,38±1,66, 2–7) терапии у 13 (52%) человек в 1 группе, у 12 пациенток (48%) произошло усиление обильности кровяных выделений на 2–3 день лечения. Во 2 группе полноценный гемоста-

тический эффект был получен у 24 человек (96%), медиана срока остановки маточного кровотечения составила 4 дня (M±δ=4,25±1,33, 2–6).

Следует отметить, что более длительный срок применения дидрогестерона (8 дней) в суточной дозе 20 мг не приводил к повышению эффективности лечения. Проспективный анализ показал, что после достижения полноценного гемостатического эффекта через 2 дня (M±δ=2,25±0,53, 2–4) после окончания приема дидрогестерона происходила закономерная менструально-подобная реакция, которая протекала у 6 человек (25%) в виде умеренных кровяных выделений, а у 18 (75%) – в виде обильных кровяных выделений из влагалища, что потребовало дополнительного назначения препарата транексамовой кислоты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение препарата дидрогестерон с гемостатической целью при аномальных маточных кровотечения пубертатного периода эффективно в случае соблюдения суточной дозы препарата, равной 30 мг. В случае эффективности, срок достижения полноценного гемостаза составляет не более 6 дней. Назначение 20 мг дидрогестерона в сутки в половине случаев не позволяет добиться полноценного гемостатического эффекта, вызывая усиление обильности маточного кровотечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ В ТЕРАПИИ АНОМАЛЬНОГО МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Сальникова И.А., Уварова Е.В.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Препаратами первого выбора у больных с аномальным маточным кровотечением пубертатного периода (АМК ПП) являются ингибиторы фибринолиза. Антифибринолитическая активность транексамовой кислоты в 10–20 раз превышает таковую аминокапроновой кислоты. Препарат ингибирует протеолитические ферменты, активность коллагеназ и металлопротеиназ, обеспечивая гемостатическую реакцию и антипролиферативный эффект. Подавляя активность плазмина, транексамовая кислота подавляет секрецию пептидов системы комплимента, снижая выраженность аллергических реакций и воспаления. В исследованиях подтверждены анальгетические и противовоспалительные свойства транексамовой кислоты.

ЦЕЛЬ

Оценка гемостатической эффективности и частоты побочных реакций на фоне лечения аномальных маточных кровотечений пубертатного периода препаратом транексамовой кислоты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на базе ФГБУ НЦ АГиП МЗ РФ. 27 пациенток в возрасте от 11 до 17 лет (M±δ=14,95±2,40) получили с гемостатической целью препарат транексамовой кислоты в суточной дозе 2 г (500 мг 4 раза в сутки) внутрь. Первый эпизод маточного кровотечения имел место у 4 человек (14,82%), рецидив – у 23 (85,19%). Обильные кровяные выделения выявлены у 15 (60%), умеренные – у 12 (40%) пациенток. Пациентки с патологией системы гемостаза был исключены из исследования. УЗ-патология органов малого таза в изучаемой группе не выявлена. Толщина эндометрия составила 6–7 мм (M±δ=0,67±2,40, 0,3–1,3 см). У 1 пациентки выявлена киста желтого тела, еще у 1 человека – функциональная киста и у 9 девушек – мультифолликулярные яичники.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На фоне лечения выраженное уменьшение обильности кровяных выделений произошло в течение первых 2 суток (Me(25;75)=1(1;2), 1–7). Полноценный гемостаз был достигнут у 24 человек (88,89%) в среднем к 4 суткам терапии (M±δ=4,67±1,96, 1–9 см). Медиана гемостатической дозы транексамовой кислоты составила 10 г (Me(25;75)=10(8;12), 2–18). Побочные реакции на фоне гемостатической терапии имели место у 1 пациентки (3,71%) и проявлялись тошнотой,

которая была купирована назначением 10 мг метоклопрамида.

Данные гемостазиограмм и УЗИ органов малого таза на фоне проведения терапии транексамовой кислотой не претерпели значимых изменений.

У 3 больных (11,11%) терапия не привела к остановке кровотечения, в связи с чем был проведен «гормональный» гемостаз с положительным эффектом. Особенностями данных пациенток явилось наличие акцентуации характера со склонностью к истероидным реакциям, остальные клинико-лабораторные и анамнестические параметры не отличались от группы исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение транексамовой кислоты в суточной дозе 2 грамма с гемостатической целью при АМК ПП высоко эффективно и позволяет достичь остановки кровотечения в течение первых 4 суток лечения при минимальном количестве побочных реакций.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ: ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАНОГО ПОДХОДА К ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ

Свиридова Н.И.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Высокая распространенность и рецидивирующее течение гиперплазии эндометрия, а также сопряженность с маточными кровотечениями и риском развития рака эндометрия диктует необходимость совершенствования тактики ведения больных и оптимизации принципов лечения.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось обоснование дифференцированного подхода к определению оптимального объема оперативного вмешательства у пациенток с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено клинико-лабораторное обследование 140 пациенток в возрасте от 45 до 55 лет с рецидивирующей гиперплазией эндометрия. Средний возраст обследуемых составил 49,06±2,14 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что в структуре нарушений менструального цикла обследуемых больных доминировала олигоменорея, чередующаяся с аномальными маточными кровотечениями (64,3%).

При объективном исследовании отношение ОТ/ОБ более 0,88 выявлено у 92 (65,7%) больных. Нормальная масса тела выявлена лишь у 31 (22,1%) женщин, в то время как у большинства пациенток (77,9%) ИМТ превышал 25 кг/м2. Установлена положительная корреляция между исходными уровнями глюкозы крови и ИМТ, а также двукратное увеличение содержания уровня ИРИ в сыворотке крови у больных с ожирением по сравнению с пациентками, имеющими нормальную массу тела.

У (65,7%) пациенток средний уровень эстрадиола составил 130,61±8,40 пг/мл; уровни ФСГ и ЛГ не отличались от нормативных значений, характерных для первой фазы менструального цикла, и составили 6,34±4,21 мМЕ/мл для ФСГ и 9,16±0,42 мМЕ/мл для ЛГ. При этом, у 48 (34,3%) выявлено монотонное снижение уровня эстрадиола (30,06±6,84 пг/мл) на фоне повышенного уровня ФСГ (51,04±8,22 ММЕ/мл) и ЛГ (34,28±1,75 мМЕ/мл). По данным УЗИ, М-эхо варьировало от 10 мм до 20 мм (15,4±3,3 мм), у 86 (61,4%) пациенток выявлены фолликулярные кисты яичников, диаметром от 3 см до 5 см, что подтверждало состояние относительной гиперэстрогении яичникового генеза.

Гистологическое исследовании соскобов эндометрия выявило ПГЭ без атипии выявлена у 68 (48,6%) пациенток, СГЭ без атипии – у 32

(22,8%) женщин, ПГЭ без атипии в сочетании с признаками хронического эндометрита – у 34 (24,3%) обследованных, СГЭ без атипии в сочетании с признаками хронического эндометрита – в 4,3% случаев.

Результаты иммуногистохимического исследования эндометрия свидетельствуют о наличии дисбаланса стероидных рецепторов в железах и строме эндометрия с нарушением распределения ER-α и/или PR вплоть до их исчезновения, по сравнению с нормальным эндометрием фазы пролиферации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявленные изменения позволили обосновать дифференцированный подход к выбору объема оперативного вмешательства у больных с рецидивирующей ГЭ в перименопаузе. Наличие слабой или умеренной экспрессии PR на фоне неоднородного распределения рецепторов, а также наличия «рецептор-негативных» зон в эндометрии, является показанием аблации эндометрия или гистерэктомии. При выявлении монотонного снижения уровня эстрадиолана фоне повышенного или нормального уровня ФСГ, обосновано проведение аблации эндометрия. В случае обнаружения повышенной концентрации эстрадиола на фоне сниженного или нормального уровня ФСГ для устранения патологического стимула, способствующего рецидивированию заболевания, показано выполнение аблации эндометрия с двусторонней аднексэктомией лапароскопическим доступом.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Арсланян К.Н., Логинова О.Н.

ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Высокую частоту привычного невынашивания беременности или самопроизвольного прерывания хотя бы одной беременности в анамнезе, а также высокую частоту преэклампсии у матерей девочек с АМКПП мы объясняем, базируясь на данных многочисленных исследований, наличием у них мутации гена MTHFR C677T, которая ведет к нарушениям метаболизма фолатного цикла с последующим развитием дисбаланса в гемостазе.

ЦЕЛЬ

Повышение эффективности лечения МКПП путем уточнения некоторых аспектов патогенеза МКПП и совершенствования лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положены результаты ретроспективного изучения 450 историй течения беременности и родов, а также анамнеза женщин, родивших девочек в 1990–1996 гг., и оценки состояния здоровья этих девочек по данным профилактических и гинекологических осмотров за 2008–2010 гг. Возраст обследуемых девочек колебался от 11 лет до 17 лет 11 месяцев и 29 дней, средний возраст 14,2±3,6 лет. Наличие или отсутствие мутации гена MTHFR C677T определяли методом аллель-специфической ПЦР со стандартными праймерами и последующим анализом на приборе для капиллярного электрофореза «Мультиген».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мутация гена MTHFR C677T у матерей девочек с МКПП и осложненным течением беременности (преэклампсия) встречалась в 4,8 раз чаще, чем у матерей девочек, рожденных от беременностей, протекающих без осложнений. Мутация гена MTHFR C677T у матерей девочек с МКПП и привычным невынашиванием беременности в анамнезе встречалась в 5,2 раза чаще. У женщин, родивших девочек без маточного кровотечения в анамнезе или на момент обследования, мутации гена MTHFR C677T не была выявлена ни в одном наблюдении. Наличие мутации гена

MTHFR C677T встречалось в 6 раз чаще у девочек с МКПП, рожденных от беременностей, осложненных преэклампсией, по сравнению с девочками с МКПП, рожденными от физиологически протекающих беременностей. У девочек с маточным кровотечением, рожденных от матерей с привычным невынашиванием беременности в анамнезе, мутация гена MTHFR C677T встречалась в 7 раз чаще по сравнению с девочками с МКПП, рожденными от неосложненных беременностей. У девочек без маточного кровотечения в анамнезе и на момент обследования гетерозиготная мутация гена MTHFR C677T была выявлена лишь в одном наблюдении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая полученные нами данные о достоверно более высокой частоте мутации гена MTHFR C677T у девочек с МКПП, рожденных от матерей с привычным невынашиванием беременности в анамнезе или преэклампсией, а также у их матерей, по сравнению с девочками с МКПП, рожденных от физиологически протекающих беременностей или здоровых девочек, а также их матерей, мы считаем, что наличие мутации гена MTHFR C677T является возможным генетическим фактором, предрасполагающим к развитию маточного кровотечения. Обсуждаемое положение доказывает ещё и тот факт, что у 26 (92,9%) девочек и девушек с МКПП и мутацией гена MTHFR C677T по первой линии родства наследственность была отягощена привычным невынашиванием беременности в анамнезе у их матерей или беременностями, осложненными преэклампсией. Только 2 (7,1%) обследуемые девочки с мутацией гена MTHFR C677T не имели отягощающих наследственных факторов по первой линии родства. У всех матерей девочек с МКПП и мутацией гена MTHFR C677T была выявлена данная мутация в гомо- или гетерозиготном варианте (35,7% и 64,3% соответственно).

Работа выполнена при финансовой поддержке Гранта Президента РФ для поддержки молодых ученых докторов наук – МД-7339.2015.7.

ПРИЧИНЫ НИЗКОЙ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В РУБЦЕ НА МАТКЕ

Сидоров А.Е., Чернышов В.В.

Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, г. Чебоксары

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из наиболее редких форм внематочной беременности (ВБ) является беременность, развивающаяся в рубце на матке после кесарева сечения (БРМ). Её частота составляет 1 случай на 1800–3000 беременностей, или 5–6% всех эктопических беременностей, возникающих у женщин с кесаревым сечением (КС) в анамнезе. При анализе литературы до 2002 года было найдено описание лишь 19 случаев ВБ этой локализации. За последующие 8 лет было описано уже 268 подобных случаев. При анализе 176 работ, написанных в разных странах мира, посвящённых БРМ, опубликованных с 1972 по 2011 год, был описан 751 случай. В работах, опубликованных за последние пять лет описано более 800 случаев этой патологии. Стремительный рост случаев БРМ связывают не только с увеличением частоты выполнения КС, но и с осознанием этой относительно редкой формы ВБ, а также с накоплением опыта её выявления. Однако в русскоязычной литературе можно найти лишь единичные упоминания об этой патологии.

ЦЕЛЬ

Определить причину особенностей эпидемиологии БРМ в Чувашии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Статистические данные службы акушерства и гинекологии Чувашии и собственные клинические наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общее число беременностей в Чувашии составляет около 26000 за год, из них около 3000 – у женщин с рубцом на матке. Число случаев БРМ в Чувашии может достигать 14 в год.

Но этот диагноз в течение последних трёх лет не выставлялся ни разу. Тем не менее только в 2015 году в республике было два случая сквозного прорастания плацентой стенки матки и мочевого пузыря. Было также несколько случаев перешеечной беременности у пациенток с КС в анамнезе.

БРМ не имеет патогномоничных клинических проявлений. К УЗ критериям её диагностики относятся: 1) пустая полость матки и просвет цервикального канала, 2) обнаружение хориона и/или плодного яйца в ткани рубца на матке, 3) на ранних сроках беременности (не более 8 недель) треугольная форма плодного яйца, заполняющего «нишу» в рубце, а после 8 недель форма может стать круглой или овальной, 4) тонкий (1–3 мм) или отсутствующий слой миометрия между плодным яйцом и мочевым пузырём, 5) закрытый цервикальный канал, 6) наличие эмбриона с или без сердечной деятельности и/или желточного мешка, 7) наличие интенсивного кровотока в области рубца после КС при положительном тесте на беременность. При недостаточном опыте врача, проводящего УЗИ, БРМ может ошибочно приниматься за угрожающий выкидыш, шеечную и перешеечную беременность. Пропущенные случаи БРМ могут прогрессировать вплоть до доношенных сроков и приводить к разрыву матки, предлежанию, плотному прикреплению или истинному приращению плаценты, к массивным кровотечениям во время беременности и в послеродовом периоде. Сохранение матки возможно только при своевременной диагностике в первом триместре беременности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В отечественной учебной литературе по акушерству и гинекологии практически нет данных об этой патологии. У акушеров-гинекологов и врачей УЗ-диагностики отсутствуют навыки диагностики и лечения данной патологии. Срок первого УЗ скрининга 11–14 недель не позволяет выявлять типичную картину заболевания. Все случаи данной патологии в нашей стране за редким исключением являются запущенными и заканчиваются опасными осложнениями, часто являющимися показанием для удаления матки.

Отсутствие случаев БРМ в Чувашии связано с отсутствием навыков выявления данной патологии у врачей УЗ диагностики.

Первое УЗИ у беременных с КС в анамнезе необходимо проводить до 8 недель с описанием области рубца на матке и точным определением локализации плодного яйца.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ КАК УЛУЧШЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

Синцова С.В., Караваева Н.Г.

ГБОУ ВПО «Кировская ГМА» МЗ РФ, г. Киров

АКТУАЛЬНОСТЬ

В 2007 г. Указом Президента Российской Федерации утверждена «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», направленная на улучшение состояния здоровья женщин, детей и подростков. Начиная с 2008 года, число женщин репродуктивного возраста начало сокращаться, и это сокращение будет продолжаться. В 2020 г. численность женщин репродуктивного возраста по сравнению с 2009 г. сократится на 10,7%. В связи с этим сохранение репродуктивного здоровья, в том числе и с помощью проведения профилактических медицинских осмотров, является важной задачей современной медицины.

ЦЕЛЬ

Раннее выявление патологии репродуктивных органов девочек 7 лет с помощью ультразвукового исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 479 девочек в возрасте 7 лет, посещавших дошкольные образовательные учреждения г. Кирова, Кировской области. Исследование проводилось в рамках приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. №1346н. Всем проводилось ультразвуковое исследование органов репродуктивной сферы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным нашего исследования, изменения в репродуктивной системе у обследованных девочек были выявлены в 2% случаев. Среди них чаще всего встречалось: увеличение размеров яичников в 22,2%, наличие жидкости в заднем своде влагалища у 16,7% с увеличение размеров матки в 5,5% случаев.

Увеличение размеров яичников было обусловлено увеличением количества и размеров фолликулов. Это может быть признаком преждевременного полового созревания, однако при этом нужно исключать наличие опухоли надпочечников, яичников и заболеваний головного мозга. Кроме того, такая ультразвуковая картина не исключает наличие и поликистоза яичников. В любом случае выявленные изменения позволят провести дополнительные диагностические исследования и осуществлять динамическое наблюдение за пациентками.

Наличие жидкости в заднем своде влагалища с увеличением размеров матки, скорее всего, у данных девочек было признаками воспаления, поскольку при сборе анамнеза было выяснено наличие переохлаждения в предшествующие дни, а при динамическом наблюдении за этими пациентками все изменения исчезли.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Раннее выявление репродуктивной патологии, позволит разработать индивидуальные программы лечения и обеспечит реализацию репродуктивных функций в последующем.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Синцова С.В., Караваева Н.Г.

ГБОУ ВПО «Кировская ГМА» МЗ РФ, г. Киров

АКТУАЛЬНОСТЬ

С конца 1970-х годов начался стремительный рост числа женщин, рожающих в возрасте после 30 лет и даже за 40 лет. Все чаще женщины сознательно откладывают рождение детей «на потом» – до достижения карьерных успехов, решения жилищного вопроса, да и просто до замужества. Кроме того, все больше становиться женщин, для которых возможность забеременеть только с помощью медицины стала единственным шансом испытать счастье материнства. Среди обращающихся в клиники для проведения ЭКО, очень много тех, кому и за 30, и даже за 40. Но решившие забеременеть женщины старше 35 лет часто сталкиваются с тем, что у многих имеются гинекологические заболевания.

С 2015 г. в диспансеризацию взрослого населения включили ультразвуковое исследование (УЗИ) и органов малого таза (матки и яичников) на предмет исключения новообразований для женщин в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет (Приказ МЗ РФ от 3.02.15 г №36ан).

ЦЕЛЬ

Ультразвуковое исследование органов малого таза для исключения новообразований для женщин в возрасте 39 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 127 женщин 1971 г.р. и 1977 г.р., подлежащие проведению диспансеризации в 2016 г. Исследование проводилось с 01.2016 г. по 06.2016 г. Все женщины имели в анамнезе беременности, закончившиеся родами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ультразвуковое исследование показало, что у 45% исследованных женщин патологии органов малого таза не выявлено. Однако, у 55% исследуемых выявлена различная патология. В подавляющем большинстве – 70%, выявлена миома матки, причем в 4% случаев миома представлена субмукозным узлом, а в 6% случаев миома сочеталась с аденомиозом. У 17% женщин обнаружены кисты яичников (функциональные), причем у 50% они сочетались с миомой матки, что еще раз подчеркивает наличие у этих пациенток гормональной дисфункции. У 8,5% пациенток (средний возраст 39,4 г.) зафиксировано уменьшение линейных размеров матки и уменьшение

толщины эндометрия, что может свидетельствовать о наступлении у данных пациенток раннего климакса. В 7% случаев по данным УЗИ обнаружены параовариальные кисты и у 3% пациенток двурогая матка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование показало, что практически в половине процентов случаев у исследованных женщин ультразвуковой патологии органов малого таза не выявлено, что может свидетельствовать о сохраненной репродуктивной функции. Однако, вторая половина исследованных женщин имеют различную патологию матки и яичников, что, конечно, ставит под сомнение полноценную беременность и роды.

Безусловно, включение в диспансеризацию УЗИ органов малого таза, является положительным и необходимым, поскольку позволит не только оценить у женщин возможности репродуктивной функции, а прежде всего, позволит выявить различную патологию на более ранних этапах.

ГЕНИТАЛЬНЫЕ СВИЩИ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Смирнова Т.А., Новодворская О.Д.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Генитальные свищи – одно из наиболее тяжелых заболеваний у женщин, приводящее к полиорганным нарушениям, длительной и стойкой утрате трудоспособности.

Подтекание мочи из влагалища является основным симптомом мочеполовых свищей, сопровождается зудом и неприятным запахом, что сказывается на психическом и физическом состоянии женщины: ограничивается социальная активность, нарушается менструальная и репродуктивная функции, снижается интерес к половой жизни. Существует риск развития восходящей урогенитальной инфекции, которая в определенной степени осложняет течение заболевания.

ЦЕЛЬ

Выявить генитальные свищи после гинекологических операций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу данного исследования был положен ретроспективный анализ историй болезни 29 женщин с мочеполовыми свищами, которые находились на лечении в урологических отделениях УЗ «4-я ГКБ им. Н.Е. Савченко» в период с 2008 по 2015 годы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Госпитализировались женщины преимущественно 45–55 лет – 17 пациенток (58,6%). Основной причиной развития мочеполовых свищей стали гинекологические операции по поводу доброкачественных (фибромиома) и злокачественных (рак шейки, тела) новообразований матки.

Наиболее часто встречались пузырно-влагалищные (54,8% всех свищей) и мочеточниково-влагалищные свищи (38,7%). Основная жалоба пациенток – выделение мочи через влагалище вне акта мочеиспускания, которое появлялось чаще на 2–3 неделе после операции.

Зафиксировано 3 случая рецидива у разных пациенток.

Гинекологические операции с лапаротомным доступом стали причиной развития свищей в 22 из 29 случаев, то есть 75,9% (группа 1), а с лапароскопическим доступом – в 6 из 29 случаев, что соответствует 20,7% (группа 2). В первой группе чаще встречались пузырно-влагалищные свищи – 58,3%, во второй – мочеточниково-влагалищные – 66,7%. У 3 пациенток имели место врожденные пороки развития мочеполовой системы.

Наиболее распространенным методом верификации пузырно-влагалищных свищей была цистоскопия. Диагностика мочеточниково-влагалищных свищей осуществлялась ретроградной уретеропиелографией или экскреторной урографией.

Лечение пузырно-влагалищных свищей проводилось 2 методами: трансвагинальной

и трансвезикальной пластикой. Осуществлялись попытки закрытия мочеточниково-влагалищного свища и одновременного удаления рубцовых сращений мочеточника путем его стентирования. У 2 из 11 пациенток наступило выздоровление, в остальных случаях выполнялись операции по созданию уретероцистонеоанастомоза или пластика по Боари. В результате проведенного лечения выздоровление наступило у 22 пациенток (75,9%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мочеполовыми свищами страдают женщины трудоспособного возраста – 45–55 лет. Чаще свищи развиваются после операций с лапаротомным доступом – 22 из 29 случаев. Радикальные гинекологические операции по поводу новообразований матки – ведущая причина развития генитальных свищей. Наиболее ценными, достоверными и доступными инструментальными методами диагностики мочеполовых свищей в наших условиях являются обзорная и экскреторная урография; цистоскопия с ретроградной уретеропиелографией. Метод лечения фистулы в каждом индивидуальном случае выбран правильно, о чем свидетельствует низкое число рецидивов (3 из 29 случаев) и высокий процент успешно пролеченных пациенток (75,9%).

СОЗДАНИЕ МЕТОДА НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОТЕОМНОГО АНАЛИЗА ЦВЖ

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

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В течение последних десятилетий отмечается значительный рост ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста, исходом которого нередко является малигнизации процесса.

ЦЕЛЬ

Создание методики неинвазивной диагностики рака шейки матки методами масс-спектрометрии для раннего выявления заболевания и прогнозирования течения, основанной на анализе белкового состава цервиковагинальной жидкости (ЦВЖ) и экспрессии мРНК функциональных генов человека, ассоциированных с онкологическими изменениями, типом и нагрузкой ВПЧ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Протеомный анализ ЦВЖ проводился методом HPLC-MS/MS, с идентификацией белков в программе Mascot (FDR = 0.01) и статистической обработкой данных с использованием языка R (статистический анализ для поиска различий – по критерию Манна-Уитни ($p<0.05$) с коррекцией по Бонферони для множественных сравнений). Экспрессия мРНК p16, Ki67, PGR, BCL2, BAG1, BAX, ESRL, COX2, SCUBE2, PTEN, CTSL2, TLR7, OSM, а также тип и нагрузка ВПЧ определялись методов ПЦР в реальном времени.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полуколичественный протеомный анализ ЦВЖ 30 пациенток ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России (10 – контроль, 10 – CIN I-II, 10 – CIN III) выявил группы белков, присутствующих только в образцах ЦВЖ при неопластических изменениях шейки матки. Всего было идентифицировано 673 белка. Классификация данных белков по онтологии (GO) обнаружило, что 32,1% белков являются внеклеточными, 48,5% – цитоплазматические и белки органелл, 13,1% – мембранные. Можно выделить несколько функциональных подгрупп: метаболическая активность, белки иммунной системы, структурная функция, регуляция ферментативной активности и клеточная адгезия. Поскольку, одной из ключевых функций ЦВЖ является защита от микроорганизмов и вирусов, протеом ЦВЖ обогащен лактоферринами, гаптоглобином, дефезинами и азуроцидином.

Была подтверждена корреляция между экспрессией исследуемых генов (про- и противо-

онкогенных) с панелью из выбранных белков, специфично выделяемых в ЦВЖ при развитии неоплазии. При этом уровень белка альфа-актинина-4 оказался значительно выше в образцах пациенток с тяжелыми неопластическими изменениями (CIN III) по сравнению с группой контроля и при «малых» поражениях шейки матки. Это позволяет предложить создание комплексной молекулярно-генетической и протеомной платформы для диагностики и прогноза ЦИН и начальных стадий рака.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение протеомного профиля цервикованальной жидкости представляется перспективным для прогнозирования течения неопластического процесса шейки матки и выявления корреляции между степенью тяжести CIN, ВПЧ-нагрузкой и уровнем данных маркеров в динамике наблюдения.

Исследования были выполнены при поддержке гранта Министерства образования Российской Федерации №МК-8484.2016.7 и частично (идентификация белков) грантом РНФ №16–14–00029.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ

Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф., Чаусов А.А., Сухих Г.Т.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сексуальное здоровье нередко рассматривается как маркер психического, соматического здоровья, а также общего благополучия человека. Одним из наиболее значимых факторов, негативно влияющим на качество жизни, приводящим к личностной и социальной дезадаптации, к появлению психических расстройств невротического спектра является бесплодие в браке.

ЦЕЛЬ

Провести сравнительную оценку распространенности и структуры сексуальных расстройств у женщин с бесплодием и по обращаемости в гинекологическую клинику.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы провели открытое сравнительное проспективное исследование в двух когортах сексуальной функции женщин, обратившихся в ФГБУ «НЦАГ и П им. В.И. Кулакова» Минздрава России за амбулаторной помощью (834) и в связи с бесплодием (573). Критериями включения в исследование являлись возраст 18 лет и старше, наличие постоянного партнера, согласие на участие в исследовании. Для оценки сексуальной функции использовался опросник «Female Sexual Function Index, (FSFI)» (с согласия авторов и одобренный ЛЭК). Различия считали достоверными при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследуемые когорты были сопоставимы по возрасту, социально-трудовому статусу и уровню образования. Статистически значимые более низкие показатели были получены в группе женщин с бесплодием по доменам: возбуждение (4,40 + 1,03 против 4, 71 + 0,88), оргазм (4,34 + 1,45 против 4,72 + 1,27), удовлетворенность (4.39 + 1,32 против 4,80 + 1,16). Показатель домена «боль» различался на уровне тенденций ($p = 0,059$), показатели доменов «любрикация» и «желание» статистически не различались. Итоговые показатели опросника оказались статистически значимо различными (27, 81 + 4, 86 против 26,35 + 5.49), причем результаты, полученные в группе женщин с бесплодием, позволяют характеризовать их как клинически значимые.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, оценка сексуальной функции с помощью опросника FSFI в двух когортах пациенток показала статистически и клинически значимые различия как общих показателей, так и отдельных доменов, отражающих основные составляющие сексуальной функции, включен-

ных в копулятивный цикл. Полученные результаты свидетельствуют о нарушении сексуальной функции у пациенток с бесплодием, что ставит вопрос о необходимости клинико-сексологического обследования и сексологической помощи данной когорте больных.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЖЕНСКИХ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ

Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф., Чаусов А.А., Сухих Г.Т.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сексуальное здоровье является одним из наиболее ярких критериев качества жизни, включающим широкий спектр биопсихосоциальных характеристик, отражающим психическое и соматическое здоровье человека. Многочисленные масштабные исследования сексуального здоровья в различных странах демонстрируют значительную распространенность расстройств половой функции среди населения, при этом у женщин в 2–3 раза чаще, чем у мужчин. Как правило, исследования сексуального здоровья проводятся в общей популяции, либо у пациенток с определенными заболеваниями, при этом используется различный методологический инструментарий, что затрудняет сравнительную оценку и обобщение полученных результатов.

ЦЕЛЬ

Определить распространенность и структуру сексуальных расстройств у женщин по обращаемости в гинекологическую клинику.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы провели открытое сравнительное проспективное исследование сексуального функционирования 834 женщин, обратившихся в ФГБУ «НЦАГ и П им. В.И. Кулакова» Минздрава России. Критериями включения в исследование являлись возраст 18 лет и старше, наличие постоянного партнера, согласие на участие в исследовании. Для оценки сексуальной функции использовался опросник «Female Sexual Function Index, (FSFI)» (с согласия авторов и одобренный ЛЭК). Различия считали достоверными при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди опрошенных женщин 55,6% было репродуктивного возраста. Выборка характеризовалась высоким социально-трудовым статусом и уровнем образования. Уровни сексуального влечения и сексуального возбуждения при половых контактах наиболее высокими оказались у женщин 21–30 лет, статистически значимо снижались в каждой более старшей возрастной группе. У женщин до 20 лет уровень сексуального возбуждения соответствовал показателям у женщин 31–45 лет. Уровень любрикации у женщин репродуктивного возраста был статистически значимо выше, чем у женщин в других возрастных группах. В ходе исследования выявлены статистически значимые различия уровня оргастичности женщин репродуктивного и менопаузального возраста. Оргастичность женщин до 20 лет была сопоставима с показателями женщин старше 61 года. Наиболее низкий уровень удовлетворенности сексуальными отношениями и сексуальной жизнью в целом выявлен в группе женщин 46–60 лет, статистически значимо отличался от аналогичных показателей в других возрастных группах. Гениталгии выявлены у женщин во всех возрастных группах, наиболее высокие показатели обнаружены у женщин репродуктивного возраста. В ходе исследования высокая общая оценка сексуальности выявлена в группах женщин до 20 лет, 21–30 лет, 31–45 лет, статистически значимо отличалась от результатов у женщин старше 46 лет. 16,7% женщин, участвовавших в исследовании, считали, что имеют нарушения сексуального здоровья. 27,4% – затруднились с ответом. Самая низкая готовность обратиться к врачу для решения сексуальных проблем выявлена среди женщин 31–45 лет (16,1%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в ходе исследования выявлено, что, несмотря на отсутствие активной обращаемости за помощью, сексуальные нарушения

у женщин имеют широкую распространенность (16,7%), что сопоставимо с результатами эпидемиологических исследований в других странах. Получены статистически значимые различия общей оценки и показателей по доменам опросника FSFI у женщин с сексуальными нарушениями и сексологически здоровых. Русскоязычную версию опросника «Female Sexual Function Index (FSFI)» можно рекомендовать для скрининговой оценки сексуального здоровья женщин.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОГО КЛЕТОЧНОГО КОМПОНЕНТА (МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА И ДЕРМАЛЬНЫХ ФИБРОБЛАСТОВ) ДЛЯ СОЗДАНИЯ КЛЕТОЧНО-ИНЖЕНЕРНЫХ КОНСТРУКЦИЙ НА ОСНОВЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО ИМПЛАНТА ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА

Сулина Я.Ю., Ищенко А.И., Люндуп А.В., Александров Л.С., Ищенко А.А., Горбенко О.Ю., Крашенинников М.Е.

клиника акушерства и гинекологии имени В.Ф. Снегирева, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В течение последнего столетия в гинекологической практике особого внимания заслуживает проблема пролапса гениталий. Актуальность генитального пролапса обусловлена распространенностью, ранней манифестацией и высокой частотой рецидивов. По данным мировой статистики, частота встречаемости заболевания варьируется в широких пределах от 2–3% в развитых странах до 85% женского населения в странах востока. Наиболее подверженная данной проблеме возрастная группа женщин старше 50 лет, на них приходится до 56,3%. По данным Адамян Л.В., Кулакова В.И. у женщины до 45 лет опущение и выпадение внутренних половых органов наблюдается у 30–37,5% больных, а у женщины до 30 лет – 10,1–12,3%. Наиболее эффективным методом лечения пролапса гениталий является хирургическое вмешательство с применением сетчатых протезов. Однако данная методика имеет ряд послеоперационных осложнений (mesh-ассоциированные осложнения: эрозия сетчатого протеза, инфицирование, mesh-ассоциированная ретракция, диспареуния, хроническая тазовая боль).

ЦЕЛЬ

Создание новой клеточно-инженерной конструкции для усовершенствования имплантационных материалов, применяемых для восстановления фасциальных дефектов тазового дна у пациенток с различными видами пролапса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В качестве матриксов использовалась сетка PROLENE MESH PMM3 (ETHICON), состоящая из нерассасывающихся волокон, изготовленных из изотактического кристаллического стереоизомера полипропилена, синтетического линейного полиолефина (C3H6)n, толщиной около 0.5мм.

В качестве клеточного материала: мезенхимальные стволовые клетки (МСК), полученные из костного мозга (КМ) у лабораторной крысы Wistar (самец); а также дермальные фибробласты здорового добровольца (в условиях процедурного кабинета осуществлялся забор образцов кожи размером 2x3x1 мм). 250 мкл клеточной суспензии (4×105 клеток на образец сетки) по каплям равномерно распределили на сетку в отдельных лунках и инкубировали при температуре 37°C во влажной среде, содержащую 5% CO2 в течение 30 мин для адгезии клеток на поверхности образцов. Далее, 2 мл культуральной среды добавили в каждую лунку планшетки для культивирования и продолжили инкубацию комплексов клеток с сетками в тех же условиях. Культуральную среду меняли каждые 48 часов. .

Контроль за процессом осуществлялся при помощи: световой микроскопия (микроскоп Nikon TE-2000 при увеличениях ×40, ×60, ×100, ×200, ×400 с фазовым контрастом). Образцы окрашивали акридиновым оранжевым и этидиумом бромидом для регистрации жизнеспособных клеток

(окрашивание акридиновым оранжевым в зеленый цвет) и мертвых клеток (этидиумом бромидом в красный цвет).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 24 часа под световым микроскопом удалось зафиксировать адгезию дермальных фибробластов (ДФ) с нитью полипропиленовой сетки, к 33 суткам после нанесения культуры клеток отмечался рост колоний, почти полное закрытие пространств.

На 3 сутки отмечалась адгезия МСК КМ на нитях сетки (преимущественно по углам), через 14 суток – рост колоний (мелкие ячейки практически полностью были закрыты клетками), к 27 суткам произошло полное закрытие пространств жизнеспособными клетками.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Возможно создание тканеинженерной конструкции на основе покрытия полипропиленового импланта культурой мезенхимальных стволовых клеток костного мозга и дермальными фибробластами. Необходимо продолжение данного исследования для получения статистически достоверных результатов о биосовместимости данной конструкции.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

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

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Папилломавирусная инфекция является наиболее распространенной инфекцией передающейся половым путем. В 91% случаев вирус папилломы человека (ВПЧ) является причиной предраковых заболеваний и рака шейки матки. Следует отметить важность оценки качества жизни (КЖ) женщин с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки.

ЦЕЛЬ

Изучить влияние ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки на КЖ женщин репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для реализации вышепоставленной цели нами было изучено КЖ 160 женщин, разделенные на 3 группы: ASCUS (1 группа – 50); LSIL (2 группа – 48); контрольная группа (здоровые) (3 группа – 62). Для оценки КЖ в исследовании использовалась шкала EuroQol EQ-5D. С помощью данного опросника произведена оценка КЖ обследуемых по следующим аспектам жизни: подвижность, самообслуживание, активность в повседневной деятельности, боль / дискомфорт и беспокойство / депрессия. Каждый компонент разделен на 5 уровней в зависимости от степени выраженности показателя. Таким образом, пять доменов с пятью уровнями оценки дают возможность определить до 3125 состояний здоровья, определяя удельный вес каждого состояния здоровья. Вторая часть опросника состоит из визуально-аналоговой шкалы. Анкетирование пациенток проводилось 1 раз.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатели КЖ по общему состоянию здоровья у пациенток 1 группы соответствовал 0,93 (0,24); 2 группы 0,81 (0,27), что достоверно ниже по сравнению с контрольной группой, средний балл которой был 0,94 (0,14) ($p<0,001$).

У пациенток с ВПЧ-ассоциированной патологией эпителия шейки матки были выявлены изменения уровня КЖ, связанные со снижением психологического компонента. Пациенты испытывали чувство тревоги и беспокойство за будущую фертильность, отмечалось изменение сексуальной функции, в том числе и снижение либидо.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при ВПЧ-ассоциированных поражениях эпителия шейки матки достоверно снижен психологический компонент КЖ по сравнению с группой здоровых пациенток.

ОПЫТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К МАЛОИНВАЗИВНОМУ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМУ ЛЕЧЕНИЮ РУБЦОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Терегулова Л.Е., Терегулов А.Ю., Эгамбердиева Л.Д., Хайрутдинова М.Р., Гаязов Д.Р.

ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ, г. Казань

АКТУАЛЬНОСТЬ

В связи с увеличением в последние годы числа кесаревых сечений возросло количество случаев прикрепления плодного яйца в рубец на матке при повторной беременности с развитием, так называемой, рубцовой беременности (scar pregnancy). Патологическая имплантация в абсолютном большинстве случаев приводит к аномалиям развития эмбриона. Попытка удаления плодного яйца при рубцовой беременности в большинстве случаев приводит к профузному кровотечению. В связи с этим необходима разработка новых подходов к лечению этих грозных осложнений.

ЦЕЛЬ

Изучить возможности органосохраняющего лечения рубцовой беременности в зависимости от результатов ультразвукового исследования (УЗИ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано и пролечено 26 беременных в возрасте от 25 до 43 лет с рубцом на матке при аменорее от 15 до 80 дней. В зависимости от данных ультразвукового исследования и уровня ХГЧ пациенткам проводились разные виды органосохраняющего лечения: вакуум-аспирация плодного яйца или суперселективная эмболизация маточных артерий (ЭМА) с введением или без введения метотрексата эндоартериально. При недостаточном снижении уровня ХГЧ дополнительно вводили метотрексат непосредственно в плодное яйцо.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Диагноз устанавливался при визуализации плодного яйца в области рубца в нижнем сегменте матки. По результатам УЗИ беременные распределились на 2 группы. 1-я группа (19 пациенток) с ультразвуковыми признаками врастания хориона в рубец (отсутствие визуализации рубца, резкое утолщение хориона за счёт резко расширенных сосудов с кровотоком, несоответствие размеров плодного яйца сроку беременности), 2-я группа (7 пациенток) – без ультразвуковых признаков врастания хориона (рубец визуализируется, хорион нормальной толщины с единичными сигналами кровотока, граница между хорионом и миометрием чёткая, плодное яйцо соответствует аменорее). Уровень ХГЧ в плазме крови беременных был в пределах от 1500 до 100000 МЕ. Всем пациенткам из 1-й группы проведена ЭМА, до введения эмболов метотрексат 50мг эндоартериально вводился пациенткам с уровнем ХГЧ 3000МЕ и выше. При УЗИ контроле после ЭМА кровоток в хорионе отсутствовал. Уровень ХГЧ через 2 дня снижался более, чем на 25–50%, при недостаточном снижении уровня ХГЧ в 3 случаях на 3 день после ЭМА вводили метотрексат 5–10 мг в полость амниона под контролем УЗИ. Плодное яйцо в 1-й группе не удаляли. У всех пациенток 2-й группы проведена одномоментная вакуум-аспирация плодного яйца под контролем УЗИ без осложнений. Пациентки обеих групп выписаны на амбулаторное наблюдение на 4–6 день. Амбулаторное наблюдение продолжалось до полной нормализации уровня ХГЧ в обеих группах, и до полного исчезновения плодного яйца и восстановления нормальной структуры рубца после кесарева сечения в 1-й группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании результатов УЗИ возможен дифференцированный подход к органосохраняющему лечению рубцовой беременности с контролем его эффективности.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО ИФН АЛЬФА-2В С АНТИОКСИДАНТАМИ (ТОКОФЕРОЛА АЦЕТАТ И АСКОРБИНОВАЯ КИСЛОТА) У ЖЕНЩИН В ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫКИДЫША

Ткаченко Л.В., Фёдорова Е.П., Полеско И.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Медикаментозная терапия женщин после самопроизвольного прерывания беременности до сих пор остается сложным вопросом из-за разнообразия его факторов и возможных осложнений. Успех лечения пациенток с данной патологией напрямую зависит от своевременной и правильной терапии. Лечение всегда направлено на элиминацию патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, не присущих данному экотипу, и восстановление функционирующего эндометрия.

ЦЕЛЬ

Провести оценку безопасности и лечебной эффективности препарата рекомбинантный ИФН альфа-2β с антиоксидантами (токоферола ацетат и аскорбиновая кислота) (далее – ИФН), суппозитории 500 000МЕ в комплексной реабилитации женщин после самопроизвольного прерывания беременности по сравнению со стандартной терапией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 53 пациентки в возрасте от 18 до 35 лет, перенесших выскабливание полости матки по поводу прерывания беременности от 5 до 22 недель с диагнозом: самопроизвольный выкидыш, аборт в ходу, неразвивающаяся беременность, анэмбриония. Из них 28 человек было рандомизировано в основную группу, которые получали препарат рекомбинантный ИФН альфа-2β с антиоксидантами (токоферола ацетат и аскорбиновая кислота), суппозитории 500 000МЕ по схеме и стандартную терапию, 25 человек – в контрольную группу (получали стандартную терапию). Контроль лечения проводился на 1,7,14 сутки после опорожнения полости матки. Проводилось определение субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови (CD3, CD4, CD16, CD19, CD25) методом проточной цитофлюориметрии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Содержание субпопуляций лимфоцитов в обеих группах и до начала лечения, и после курса терапии находилось в пределах нормальных референсных значений, что свидетельствует о том, что включение препарата ИФН, суппозитории 500 000 МЕ в комплексное лечение при реабилитации женщин после самопроизвольного прерывания беременности, не вызывает излишней стимуляции и/или угнетения нормального иммунного ответа. При оценке динамики параметров клеточного иммунитета было отмечено, что в основной группе к 14 дню наблюдения снижение уровня значений основных эффекторов воспаления: CD3+CD19-, CD3+CD8+, и CD3+CD16+/CD56 было достоверно меньше($p<0,05$), чем в контрольной группе. При этом в контрольной группе наблюдалась тенденция к приросту уровня значений NK-клеток CD3-CD16+/CD56+.Такая динамика показателей может свидетельствовать о меньшей предрасположенности к хронизации инфекционного процесса у пациенток основной группы. При оценке динамики основных критериев эффективности, проведенной в обеих группах терапии, можно отметить, что на фоне проводимой комплексной терапии наблюдалась более выраженная положительная динамика регресса воспалительного процесса за счет взаимосвязи всех механизмов регуляции иммунной системы участвующих в формировании воспалительной реакции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одновременное назначение препарата рекомбинантный ИФН альфа-2β с антиоксидантами (токоферола ацетат и аскорбиновая кислота), суппозитории 500 000 МЕ и антибактериальных средств в комплексной терапии после

оперативного лечения самопроизвольного прерывании беременности позволяет быстро добиться эффекта за счет одновременного подавления функциональной активности возбудителя антимикробным средством и повышения иммунологической реактивности организма.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТЕЛА МАТКИ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Немаловажную роль в формировании ГПЭ играет состояние рецепторного аппарата эндометрия, его пролиферативного потенциала и апоптоза. Клиническая значимость подобных исследований должна быть ориентирована на оптимизацию лечебной тактики ведения пациенток и профилактику рецидивирования.

ЦЕЛЬ

Изучение особенностей функционального статуса слизистой оболочки тела матки у пациенток с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено клинико-лабораторное обследование 140 пациенток в возрасте от 45 до 55 лет с рецидивирующей гиперплазией эндометрия. Средний возраст обследуемых составил 49,06±2,14 лет. Обследование выполнялось согласно единому протоколу и включало в себя морфологическое и иммуногистохимическое исследование эндометрия с оценкой экспрессии рецепторов к половым стероидным гормонам, изучение особенностей клеточной пролиферации, а также оценку степени плазмоцитарной инфильтрации стромы эндометрия. Группу контроля составили 10 здоровых женщин, обратившихся для подбора контрацепции, которым в среднюю фазу пролиферации произведена биопсия эндометрия. Все пациентки предъявляли жалобы на различные нарушения менструальной функции. Установлено, что в структуре нарушений менструального цикла обследуемых больных доминировала олигоменорея, чередующаяся с аномальными маточными кровотечениями (64,3%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При выполнении эхографии, М-эхо варьировало от 10 мм до 20 мм (15,4±3,3 мм), В 40,7% случаев ультразвуковые критерии ГЭ сочетались с признаками миомы матки. Гистологическое исследовании соскобов эндометрия выявило ПГЭ без атипии у 68 (48,6%) пациенток, СГЭ без атипии – у 32 (22,8%) женщин, ПГЭ без атипии в сочетании с признаками хронического эндометрита – у 34 (24,3%) обследованных, СГЭ без атипии в сочетании с признаками хронического эндометрита – в 4,3% случаев. Результаты иммуногистохимического исследования эндометрия свидетельствуют о наличии дисбаланса стероидных рецепторов в железах и строме эндометрия с нарушением распределения ER-α и/или PR вплоть до их исчезновения, по сравнению с нормальным эндометрием фазы пролиферации. Установлено, что в неизменном эндометрии в фазу пролиферации выявлялись единичные, диффузно рассеянные в строме плазмоциты, продуцирующие преимущественно IgM. В группах пациенток с ПГЭ и СГЭ без атипии отмечено наличие единичных клеток, диффузно рассеянных в строме эндометрия продуцирующих как IgM, так и IgG. Обращает на себя внимание выраженная диффузная плазмоцитарная инфильтрация стромы с умеренным числом плазмоцитов, вырабатывающих IgM и со значительным преобладанием в инфильтрате плазмоцитов, продуцирующих IgG у больных с ПГЭ и СГЭ в сочетании с хроническим эндометритом. Иммуногистохимическое исследование маркеров клеточной пролиферации Ki – 67 и PCNA свидетельствуют об их более низком уровне экспрессии как в эпителии желез, так и строме по сравнению с неизменным эндометрием. При этом, независимо от формы гиперпластического процесса, наиболее высо-

кая экспрессия Ki 67 и PCNA отмечена в железах эндометрия по сравнению со стромой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявленные изменения функционального статуса эндометрия, диктуют необходимость дифференцированного подхода к лечению пациенток с ГПЭ, что позволит оптимизировать тактику ведения больных с данной патологией.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕПТИНА И ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ

Фомина М.М., Богатова И.К., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г.

ФГБУ «Ивановский НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздрава России, г. Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

Широко обсуждается роль лептина в инициации полового созревания и развитии половой системы (Ogawa T., 2004; Blüher S., 2007; Elias C.F., 2013; Pankov Y.A., 2015), в том числе у подростков, рожденных с низкой массой тела (Martinez-Aguayo A., 2007; Christian L. Roth, 2012). Однако влияние лептина на репродуктивный потенциал девочек, рожденных недоношенными, требует дополнительного изучения.

ЦЕЛЬ

Выявление взаимосвязи между сывороточным содержанием лептина и овариальным резервом у девочек-подростков, рожденных недоношенными.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего обследовано 180 девочек в возрасте 16 лет. Основная группа представлена 120 подростками, рожденными преждевременно в 27–36 недель гестационного периода. В контрольную группу включены 60 пациенток, родившихся в срок. Выполнено ультразвуковое исследование половых органов с определением овариального резерва на 5 день менструального цикла с помощью аппарата УЗД «ALOKA-3500» (Япония). Сывороточный уровень лептина изучали методом иммуноферментного анализа с применением комплектов реактивов «DBC» на автоматическом ридере «EL 808». Статистическая обработка результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В основной группе наблюдалась повышенная (9,40 (6,07–15,51) нг/мл) по сравнению с контрольной группой (6,89 (4,19–9,19) нг/мл) концентрация лептина в сыворотке крови ($p<0,01$). Уровень лептина в плазме крови более 11,09 нг/мл отмечен у 50 (41,7%) подростков, рожденных преждевременно, и у 14 (23,3%) девочек, рожденных в срок ($p<0,01$). Выявлено, что количество антральных фолликулов более 10 в срезе яичников отмечено у 16 (44,4%) подростков основной группы с гиперлептинемией и нормальной массой тела и у 11 (23,9%) девочек этой же группы с нормолептинемией и нормальным весом, что достоверно чаще ($p<0,05$). Установлена прямая зависимость количества антральных фолликулов в яичниках от уровня лептина в крови девочек-подростков, рожденных недоношенными ($p<0,001$). С помощью ROC-анализа выявлено, что сывороточный уровень лептина 15,81 нг/мл и более является критическим для диагностики высокой фолликулярной насыщенности яичников. Чувствительность прогноза составляет 95,2%, специфичность – 79,3%, точность – 86%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для девочек, рожденных преждевременно характерно более высокое значение уровня лептина в сыворотке крови, у них чаще отмечена гиперлептинемия; концентрация лептина положительно коррелирует с количеством антральных фолликулов в яичниках. Повышенное сывороточное содержание лептина (более 15,81 нг/мл) является маркером высокого овариального резерва девочек-подростков, родившихся недоношенными.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РОЛИ РЕЦЕПТОРОВ ЭСТРОГЕНОВ И ПРОГЕСТЕРОНА ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Хаджиева М.Б., Камоева С.В., Белопольская О.Б., Сальникова Л.Е.

Институт общей генетики им. Н.И. Вавилова РАН; ФНКЦ Детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева; РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пролапс тазовых органов (ПТО) – это распространенное заболевание, обусловленное несостоятельностью поддержки тазового дна. Снижение уровня гормона в период менопаузы, как полагают, способствуют развитию ПТО.

ЦЕЛЬ

Оценить генетический статус рецепторов, связанных с метаболизмом эстрогена и прогестерона в патофизиологии ПТО.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оценки полиморфных вариантов и уровня экспрессии соответствующих генов, а также результатов полногеномного анализа экспрессии, относящихся к теме исследования, мы использовали собственные экспериментальные данные, литературные данные и биоинформатические ресуры. Генотипирование однонуклеотидных полиморфных вариантов (SNP) генов ESR1 (SNPs rs2228480, rs827423, rs1709182) и PGR (rs484389) выполнялось с использованием подхода таргетных SNP в выборке больных (степень тяжести POP-Q stage 2–4, n=210) и здорового контроля (POP-Q stage 0, n=292).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Значимых ассоциаций выявлено не было ни в данном исследовании, ни при последующем мета-анализе, включающем собственные результаты совместно с имеющимися литературными данными для вариантов rs2228480 (OR: 1.40, 95% ДИ: 0.81–2.40, P=0.23) и rs484389 (OR: 1.20, 95% ДИ: 0.83–1.72, P=0.33).

Изучение экспрессии генов и/или соответствующих белков ESR1, ESR2 и PGR в тканях, поддерживающих органы малого таза, представлено в мировой литературе в 5 исследованиях (PMID:11703891; PMID:15142996; PMID:22124513; PMID:22527538; PMID:26803387) в выборках, варьирующих в диапазоне 13–45 для больных и 13–40 в контроле. Результаты оказались неоднозначными: для трех видов рецепторов в данных работах показано как увеличение, так и уменьшение экспрессии, либо отсутствие изменений.

Репозитории для полногеномных экспрессионных данных Gene Expression Omnibus и ArrayExpress содержат всего две серии данных по ПТО: GSE12852 (ткани: круглые и утеросакральные связки; 8 больных с ПТО и 9 здоровых женщин) и GSE53868 (парные образцы «провисающей» и здоровой ткани передней стенки влагалища; 12 женщин предменопаузального возраста). Были проанализированы изменения экспрессии генов рецепторов, участвующих в метаболизме эстрогена и прогестерона: ESR1, ESR2, ESRRG, ESRRBL1, PGR, PGRMC1 и PGRMC2 (GSE12852) и ESR1, ESR2, ESRRA, ESRRB, ESRRG, PGR, PGRMC1 и PGRMC2 (GSE53868). Значимых изменений на уровне $P < 0.05$ не было зарегистрировано ни в одной из сравниваемых групп. При анализе литературы было найдено еще одно полногеномное исследование (12 больных, 5 здоровых), в котором было показано снижение уровня экспрессии гена ESRRA в утеросакральных связках у пациенток с ПТО (PMID:23700042).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, вышеприведенные данные не поддерживают гипотезу о важной роли генетической изменчивости рецепторов эстрогена и прогестерона в патофизиологии ПТО.

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (проект №15–04–02378).

СОСТОЯНИЕ ВЛАГАЛИЩНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ

Хлебкова Ю.С., Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Наряду с доказанной этиологической ролью вируса папилломы человека (ВПЧ) в развитии цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) продолжает обсуждаться взаимосвязь между патологией шейки матки и другими вагинальными инфекциями, в том числе обусловленными условно-патогенной микрофлорой влагалища. Данные литературы по этому вопросу крайне противоречивы.

ЦЕЛЬ

Изучить состав микробиоценоза влагалища у женщин с ЦИН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе Научно-поликлинического отделения ФГБУ «НЦАГиП им. Кулакова» МЗ РФ было проведено пилотное исследование, в которое были включены 84 женщина репродуктивного возраста от 18 до 49 лет. Всем пациенткам перед включением в исследование проводилось клинико-лабораторное обследование. Обследованные пациентки по результатам цитологического исследования были разделены на 4 группы согласно классификации Бетесда: контрольная группа – 21, пациентки с ASCUS (атипические клетки плоского эпителия неопределенного значения) – 22; с LSIL (плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой степени) – 21; с HSIL (плоскоклеточные интраэпителиальные поражения высокой степени) – 20 пациенток. Всем женщинам определяли состава микрофлоры влагалища методом ПЦР в реальном времени («Фемофлор 16»). На момент обследования большинство из женщин (62%) предъявляли жалобы на умеренные выделения из половых путей или, реже, чувство жжения и дискомфорта в области наружных половых органов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе данных выявлено, что в составе микробиоценоза влагалища у большинства женщин доминировали лактобактерии. У 39(45%) женщин выявлен абсолютный нормоценоз, у 19 (22%) – Candida spp более 3lg и у 26 (32%) пациентки выявлен бактериальный вагиноз (БВ). Структура биоценоза в группе женщин с ASCUS: абсолютный нормоценоз у 50% (n=11), ВВК выявлен у 23%(n=5) женщин и БВ у 27%(n=6). В группе женщин с LSIL выявлен нормоценоз у 38% (n=8), ВВК у 29% (n=6) и БВ у 33% (n=7) женщин. При анализе микробиоценоза женщин с HSIL выявлен нормоценоз у женщин 35% (n=7), ВВК у 25% (n=5) и БВ у 40%(n=8). В составе микробиоценоза влагалища у женщин группы контроля нормоценоз выявлен у 62% женщин (n=13), ВВК у 14% (n=3) и БВ у 24%(n=5) женщин. Следует отметить, что у 4 женщин – выявлена Ureaplasma spp. более 4lg/мл, из них в группе женщин cASCUS 1 пациентка, 1 женщина в группе с LSIL и 2 в группе HSIL.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты анализа состояния микробиоценоза влагалища показывают о качественных и количественных изменениях в составе биоценоза у пациенток с ЦИН. Так же проведенное пилотное исследование показало, что ЦИН ассоциированы с нарушением дисбиоза влагалища и угнетением лактобактерий на фоне повышенного содержания представителей условно-патогенной микрофлоры.

МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

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

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время рак шейки матки (РШМ) остается самым распространённым среди онкологических заболеваний женской репродуктивной системы во всем мире. Для снижения заболеваемости РШМ необходимо разработать мероприятия для раннего выявления и профилактики прогрессии цервикальных интраэпителиальных неоплазий (ЦИН) и РШМ. В частности провести поиск клинических и молекулярных маркеров прогнозирования прогрессии ЦИН и РШМ.

Для понимания механизмов возникновения и развития ЦИН и РШМ необходимо подробное изучение клеточных изменений, происходящих при данной патологии. Отличительным свойством раковых клеток является состояние их метаболического репрограммирования, на начальной стадии возникновения злокачественного новообразования играющее роль патогенетического триггера.

ЦЕЛЬ

Поиск новых прогностических маркеров ЦИН и РШМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено пилотное исследование на базе Научно-поликлинического отделения ФГБУ «НЦАГиП им. Кулакова» МЗ РФ, в которое были включены 93 женщины репродуктивного возраста от 18 до 49 лет. Всем пациенткам перед включением в исследование проводилось клинико-лабораторное обследование. Обследованные пациентки по результатам цитологического исследования были разделены на 4 группы согласно классификации Бетесда: контрольная группа – 21, пациентки с ASCUS (атипические клетки плоского эпителия неопределенного значения) – 27; с LSIL (плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой степени) – 25; с HSIL (плоскоклеточные интраэпителиальные поражения высокой степени) – 20 пациенток. Всем женщинам определяли уровни относительной экспрессии белков GLUT1 и Hexokinase 2 (HK2) в соскобе эпителия шейки матки методом вестерн-блот анализа с детекцией хемилюминисценции по протоколу. Анализ относительного уровня экспрессии IGF1, hOGG1 и HIF1alpha в исследуемых образцах проводился на транскрипционном уровне посредством методики ПЦР в реальном времени с реакцией обратной транскрипции (ОТ-ПЦР-РВ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты вестерн-блот анализа показали, что уровень экспрессии GLUT1 в группе женщин с ASCUS был выше по сравнению с контрольной группой, но не значительно (571,8 и 360 соответственно). В группах женщин с LSIL и HSIL выявлено 2- и 3-кратное увеличение этого показателя, соответственно, и эти различия были статистически значимыми ($p<0,05$). При анализе изофермента HK2 в собранных образцах наблюдалось достоверное увеличение уровня экспрессии в группах женщин с LSIL (36,3) и HSIL (44,9) по сравнению с группой здоровых женщин-19.

При анализе данных, полученных при ОТ-ПЦР-РВ, мы выявили статистически значимое увеличение уровня экспрессии IGF1 мРНК в группе женщин с HSIL-0,0076 по сравнению с контрольной группой-0,0018. Относительно белка OGG1, уровень экспрессии мРНК был значительно ниже в группе женщин с ASCUS, LSIL и в группе с HSIL по сравнению с группой контроля. Что касается белка HIF1a, отмечалось статистически значимое снижение относительного уровня экспрессия в группе женщин с HSIL по сравнению с группой здоровых женщин (0,03 и 0,16 соответственно).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из полученных результатов, можно сделать заключение о наличии взаимосвязи между уровнями экспрессии исследуемых белков (HK2, GLUT1, IGF1, hOGG1 и HIF1alpha) и степенью тяжести ЦИН. Эти данные свидетельствуют о том, что белки могут являться потенциальными маркерами прогнозирования прогрессии ЦИН и РШМ на ранних стадиях и требует проведение дальнейшего исследования.

ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕЦИИ НОРАДРЕНАЛИНА И СЕРОТОНИНА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ КЛИМАКСЕ

Храмова И.А., Слюсарева Е.Е.

ПКПЦ, г. Владивосток

АКТУАЛЬНОСТЬ

Климактеричекий период – естественный биологический процесс перехода женщины от активного репродуктивного возраста к старости. Наряду с выключением репродуктивной функции развиваются возрастные и патологические изменения во многих органах и тканях, возникают и проявляются нарушения функции эндокринных желез, вегето-сосудистые расстройства, опухоли, неврозы, органические заболевания в матке. В патогенезе пролиферативных процессов эндометрия большую роль играют гормональные нарушения в организме женщины в этот период. У женщин с вегето-сосудистыми проявлениями климактерического синдрома отмечается нарушение соотношения гормонов – на фоне развивающегося дефицита эстрогенов повышается уровень ЛГ при стабильном содержании ФСГ. Гипоталамус обеспечивает функционирование сложнейшего интерфейса между нервной и эндокринной системами. Наступающая дисфункция терморегуляторной зоны у женщин с приливами может быть обусловлена нарушением секреции нейротрансмиттеров – норадреналина и серотонина

ЦЕЛЬ

Целью работы было изучение уровней норадреналина и серотонина у женщин с патологическим климаксом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 92 женщины в возрасте 45–52 лет . Первую группу (контрольную) составили 28 здоровых женщин с нормальным ритмом менструаций без климактерического синдрома. Во вторую группу вошли 34 женщины с вегето-сосудистыми проявлениями климактерического синдрома ,но без нарушения менструального цикла. Третью группу составили 30 женщин с климактерическим синдромом ,не менструирующие менее 1 года. Основным критерием оценки гормонального статуса женщин явилось определение в сыворотке крови гонадотопных (ФСГ, ЛГ) и половых гормонов (эстрадиола, прогестерона и тестостерона). Количественную оценку содержания гормонов в сыворотке крови проводили методом иммунохемилюминисцентного анализа на аппарате Immulite. Норадреналин и серотонин определяли методом иммуноферментного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенные исследования показали, что во всех исследуемых группах женщин отсутствует цикличность выделения гонадотропинов, характерная для двухфазного менструального цикла. Но обращает внимание изменение соотношения ЛГ/ФСГ в этих группах. Если в 1 группе (здоровые женщины) это соотношение составило 0,82±0,33 (< 1), то во 2 группе (менструирующие женщины с КС) 50,7% женщин имели этот показатель < 0,5; 33,8% женщин – 0,5–2,0 и 15,5% женщин >2,0. У исследуемых 3-й группы (женщины с КС, не менструирующие менее 1 года) соотношение ЛГ/ФСГ было < 0,5. В первой группе женщин выявлена относительная гиперэстрогения (108,85±9,22) , во 2-й группе – выраженная гиперэстрогения (150,32±15,8 пг/мл) и относительная гипоэстрогения (19,36±1,14 пг/мл) в 3-й группе. Уровень норадреналина был повышен у менструирующих женщин с патологическим климаксом (наибольшее значение при соотношении ЛГ/ФСГ< 0,5) и несколько снижен у женщин, не менструи-

рующих 1 год. Серотонин также увеличен во 2-ой группе женщин (наибольшее значение при соотношении ЛГ/ФСГ 0,5–2,0) и снижен в 3-ей группе. Причем, соотношение серотонин / норадреналин во 2-ой группе превышает показатели здоровых женщин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, исследование уровней нейротрансмиттеров у женщин с патологическим климаксом может не только объяснить генез клинических проявлений, но и разработать альтернативный метод лечения у женщин с разным гормональным статусом.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ – ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Хурасева А.Б., Святченко К.С.

КГМУ, г. Курск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В возрасте 11–18 лет высока вероятность возникновения дефицита железа в связи с интенсивным ростом, недостаточным поступление железа из вне, нарушением его всасывания. Потери железа значительно выше при хронических обильных маточных кровотечениях (ОМК), которые возникают в пубертатном периоде у 10–38% девушек.

ЦЕЛЬ

Выявить предпосылки возникновения железодефицитных состояний в пубертатном периоде и оптимизировать лечебно-профилактические мероприятия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено комплексное ретроспективное и проспективное обследование 530 девочек в возрасте 13–18 лет. Основным критерием была масса тела при рождении. Все девочки родились в срок. Сформировано три группы: 1-я – 170 девочек родившихся с массой тела 2000–2800 г; 2-я – 182 девочки родившихся с массой тела 3200–3600 г и 3-я – 178 девочек родившихся с массой тела 4000–4800 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ОМК констатированы у 39,3±3,7% девушек 3-ей группы, что было достоверно чаще чем в 1-й (4,7±1,6%, p1–3<0,001) и 2-ой (11,0±2,3%, p2–3<0,001) группах. По результатам лабораторного обследования латентный железодефицит (ЛЖД) диагностирован достоверно чаще в 1-й группе 38,8±3,7% по сравнению как со 2-й (14,8±2,6%, p1–2<0,001), так и с 3-й группой (21,9±3,1%, p1–3<0,01). Железодефицитная анемия (ЖДА) была достоверно чаще у девушек 3-ей группы 32,0 ±2,6% против 15,5±2,8%, (p1–3<0,01) в 1-й группе и 9,9±2,2%, (p2–3<0,01) во 2-й группе. В качестве предрасполагающих факторов возникновения железодефицитных состояний следует учитывать общесоматическое здоровье девочек-подростков. Среди соматических проблем в возникновении железодефицитных состояний играют роль заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые нарушают всасывание и утилизацию железа. По нашим данным гастродуоденитом болели 5,9±1,8% девочек 1-й группы, тогда как в других сравниваемых группах заболеваний ЖКТ на момент обследования не зарегистрировано. В свете современных представлений ЖДА рассматривается как одно из проявлений дисплазии соединительной ткани (ДСТ). По нашим данным у 53,5% девочек 1-й группы, было статистически значимое преобладание маркеров ДСТ (плоскостопие, долихостеномелия, эластоз кожи, сколиоз и кифосколиоз). В литературе можно встретить информацию о том, что пациентам с ожирением свойственны нарушения обмена железа. По нашим данным девушки 1-й группы достоверно чаще имели дефицит массы тела в пубертатном периоде, тогда как каждая третья девушка из 3-й группы имела избыток массы тела в подростковом периоде. Для лечения ЖДА у девочек с маточными кровотечениями пубертатного периода мы использовали комплексный препарат ТОТЕМА в течение 3 месяцев. В результате лечения уже через месяц достоверно повысились уровень гемоглобина и эритроцитов (100,2±2,3 г/л против

118,5±3,2 г/л, p<0,001 и 3,12±0,21 х 1012 /л против 3,84±0,25 х 1012 /л, p<0,005).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, девушки, родившиеся с малой массой тела, чаще своих сверстниц имеют ЛДЖ, вероятно обусловленный нарушениями всасывания железа в ЖКТ и ДСТ. Девушки, родившиеся большой массой тела, являются группой риска по возникновению ЖДА, в связи с ОМК и нарушением обмена железа, свойственное данным пациенткам. Выявленные закономерности лежат в основе прогнозирования железодефицитных состояний в пубертатном периоде и должны использоваться при проведении целенаправленных мероприятий по обследованию и профилактике. Оптимальным препаратом для профилактики и лечения железодефицитных состояний в пубертатном периоде является комплексный препарат ТОТЕМА.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПРОГЕСТЕРОНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ

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

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Риск обострения эпилепсии, даже в случае ремиссии наблюдается у 30–50% женщин.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение механизмов аггравации приступов у женщин с эпилепсией во время беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У 50 женщин с различными формами эпилепсии, имевших рецидив приступов во время беременности были исследованы концентрации противоэпилептических препаратов и прогестерона в каждом триместре.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обострение эпилепсии в первом триместре у 14% (I гр.) женщин, во втором триместре у 30% (II гр.), в третьем у 56% (III гр.) женщин. На момент рецидива у 20 % женщин было отмечено значительное снижение концентрации препаратов, более чем на 50% от исходной, уровень прогестерона сохранялся в пределах нормативных значений. У 46% женщин отмечалось снижение концентрации препаратов и снижение уровня прогестерона. У оставшихся 34% концентрации препаратов и уровня прогестерона достоверно не снижались. Пациенткам I группы проведена коррекция дозы противоэпилептических препаратов. Пациенткам II группы проводилась терапия препаратами прогестерона, что так же позволило стабилизировать состояние и привело к восстановлению сниженной концентрации противоэпилептических препаратов в крови без увеличения их дозы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из механизмов обострения приступов эпилепсии во время беременности является снижение уровня прогестерона, что предположительно влечет за собой снижение концентрации противоэпилептических препаратов.

РОЛЬ ГАЛАВИТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Цигулева О.А., Мамонова И.П.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Барнаул

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хирургические методы и антибиотики до сих пор лидируют при лечении гнойно-воспалительных гинекологических заболеваний. И хотя иммуновоспалительные реакции являются ведущим звеном гнойного процесса, иммунокоррекция практически не проводится.

ЦЕЛЬ

Целью нашей работы было изучение эффективности комплексной терапии, включающей, помимо операционного вмешательства, антибиотикотерапии, иммуномодулятор галавит. Данный препарат ингибирует избыточный синтез фактора некроза опухоли (ФНО-α), провоспалительных интерлейкинов (ИЛ-2, ИЛ-6), стимулирует фагоцитоз, оказывает антиоксидантное действие. Препарат известен уже 20 лет, но лечение галавитом гинекологических заболеваний обычно ограничивалось папилломовирусной инфекцией шейки матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы применили галавит у 48 пациенток с гнойно-воспалительными заболеваниями органов малого таза. В I группу вошли 27 женщин с острым гнойным процессом. Во II группу включена 21 пациентка с хроническим процессом. Контрольные группы: III (18 пациенток с острой патологией) и IV (19 пациенток – с хронической патологией), при лечении которых галавит не применялся. Основные и контрольные группы были сопоставимы по возрасту и характеру генитальной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В I группе средний возраст пациенток составил 25 лет, основное заболевание – гнойный сальпингоофорит. Всем пациенткам этой группы проведена лапароскопия при поступлении, аспирирован гнойный экссудат, затем проведен адгезиолизис. В первые сутки после операции назначался, наряду с антибиотикотерапией, галавит в дозе 200 мг в сутки в/м. С третьего дня доза галавита уменьшалась до 100 мг. Всего курс состоял из 10 инъекций. Явления интоксикации и болевой синдром у пациенток I группы купировались на 2–3 день, в то время как в контрольной III группе при той же схеме лечения, исключая галавит, улучшение наступало на 5–6 сутки. Лабораторно у пациенток I группы в конце курса лечения определялось снижение уровня ФНО-α, ИЛ-2, ИЛ-6 в среднем в 2,5 раза, по сравнению с III группой. Осложнений у пациенток I группы отмечено не было, выписка осуществлялась на 11–12 день. В III группе в 2 случаях имели место осложнения, повторного оперативного вмешательства.

У пациенток с хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями (II группа) средний возраст составил 38 лет. В 80% это был результат длительного ношения ВМС (до 16 лет). Основной патологией являлся хронический тазовый абсцесс тубоовариальных образований. Исходный уровень ФНО-α, ИЛ-2, ИЛ-6 был не столь велик, как в I группе. Более выражены оказались: лейкоцитоз, падение гемоглобина, ускоренная СОЭ. Заболевание сопровождалось подъемом температуры до 37,5 градусов. Хирургическое лечение включало лапаротомию (у 10 женщин с удалением матки и придатков, у 11 пациенток операция носила органосохраняющий характер). Галавит назначался в первые 3 дня по 200 мг 2 раза в сутки в/м, затем по 100 мг в сутки, всего № 10. Улучшение отмечено на 4–5 день лечения. На 14–15 день к моменту выписки фиксировалась нормализация гемоглобина, лейкоцитов, СОЭ. В контрольной IV группе после выписки сохранялся астенический синдром.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы пришли к выводу, что галавит уменьшает интоксикацию и позволяет существенно снизить риск осложнений, сократить послеоперационный период реабилитации. Применение этого препарата не вызывает осложнений, противопоказания практически отсутствуют. Все это позволяет рекомендовать галавит к применению в составе комплексной терапии острых и хронических гнойно-воспалительных гинекологических заболеваний.

ОБОСНОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Цицкарава Д.З., Ярмолинская М.И., Сельков С.А.

ФГБНУ «НИИ АГ Р им. Д.О. Отта», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Генитальный эндометриоз является эстроген-зависимым воспалительным процессом с прогрессирующим характером течения заболевания и высокой частотой рецидивов. Глубокий инфильтративный эндометриоз (ГИЭ), характеризующийся глубиной инвазии более 5 мм и нередким вовлечением в процесс смежных органов, представляет особые трудности в лечении. Несомненна роль иммунной системы в патогенезе заболевания, поэтому обоснование и оценка эффективности иммуномодулирующей терапии в комбинированном лечении ГИЭ и профилактики рецидивов, являются актуальной задачей.

ЦЕЛЬ

Обосновать применение рекомбинантного интерлейкина-2 (ИЛ-2) в комплексном лечении больных с ГИЭ, а также оценить эффективность данного способа лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта» было проведено обследование и лечение 80 больных с ГИЭ. Диагноз у всех больных установлен на основании лапароскопии и подтвержден результатами гистологического исследования. Больные были разделены на 4 группы: в 1-ую группу вошли пациентки (n–20), получившие в послеоперационном периоде 6 инъекций агонистов ГнРГ, во 2-ую группу (n–20) – больные, применявшие диеногест в дозе 2 мг в течении 6 месяцев. 3-ю группу составили 20 пациенток, которым на фоне лечения аГнРГ назначалась иммуномодулирующая терапия ронколейкином (рекомбинантный человеческий ИЛ-2). Препарат больные получали в дозе 500 000 МЕ интраоперационно, интраперитонеально, с последующей внутривенной инфузией трижды через сутки в такой же дозировке; пациентки 4-ой группы получали диеногест 2 мг в комбинации с ронколейкином, по той же схеме, что и предыдущая группа (n–20). Группу контроля составили 23 женщины, у которых на основании проведенной лапароскопии (перед процедурой ЭКО) не было выявлено гинекологической патологии.

У всех больных до и после лечения оценивался болевой синдром на основании визуально-аналоговой шкале (ВАШ) боли МакГилла, а также уровень NK-клеток и их активированных форм в периферической крови. В перитонеальной жидкости (ПЖ) определялся уровень ИЛ-2.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании полученных результатов было определено, что у больных с ГИЭ уровень ИЛ-2 в ПЖ снижен по сравнению с контрольной группой в 2 раза (Средняя интенсивность флуоресценции (СИФ) составила 37,5±2,5 и 77,1±0,9 соответственно), в связи с чем патогенетически обосновано назначение рекомбинантного ИЛ-2. У пациенток, получавших в составе комбинированного лечения иммуномодулирующую терапию ронколейкином, отмечалось достоверно более выраженное уменьшение болевого синдрома, а также снижение частоты рецидивов заболевания по сравнению с больными, применявшими стандартную гормональную терапию. У больных, получивших ронколейкин в составе комбинированной терапии, отмечено повышение уровня активированных NK-клеток (CD 107) (до лечения 9,6±1,2% и 13,8±1,5% после лечения).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение в комбинированном лечении глубокого инфильтративного эндометриоза иммуномодулирующей терапии рекомбинантным ИЛ-2, является патогенетически обоснованным и достоверно уменьшает выраженность болевого синдрома по сравнению со стандартной гормономодулирующей терапией, а также повышает уровень активированных NK-клеток, имеющих важное значение в развитии заболевания.

АМГ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Чернуха Г.Е., Найдукова А.А., Каприна Е.К.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – репродуктивный метаболический синдром, частота которого в популяции достигает 20%. Согласно Роттердамским критериям, диагноз СПКЯ устанавливается на основании наличия гиперандрогении (ГА), олигоменореи (ОМ), поликистозных яичников по УЗИ (ПКЯ), в зависимости от комбинации которых выделяют полный (А), неовуляторный(В), овуляторный (С) и неандрогенный (Д) фенотипы. Гетерогенная картина затрудняет диагностику неполных фенотипов, что обосновывает целесообразность введения универсального диагностического критерия. Наиболее перспективным потенциальным маркером заболевания представляется АМГ, гликопротеин, который вырабатывается клетками гранулезы примордиальных и малых антральных фолликулов. Уровень его секреции находится в прямой корреляционной зависимости от числа антральных фолликулов и объема яичников по данным УЗИ. По данным Pigny P. et al (2003), уровень АМГ при СПКЯ повышен в 2–4 раза.

ЦЕЛЬ

Изучить особенности продукции АМГ у женщин с СПКЯ, а также его различных репродуктивных фенотипов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 502 женщины (250 пациенток с СПКЯ и 252 соматически здоровые женщины группы контроля, без ОМ и ГА). Пациентки были сопоставимы по возрасту и ИМТ (группа СПКЯ – ср. возраст 25,4±4,2 лет, ср. ИМТ – 24,2±5,6 кг/м2; группа контроля ср. возраст 25,2±3,8 лет, ср. ИМТ – 24,2±5,6 кг/м2, $p>0,05$). Фенотип А имели 145 женщин (58%), 26 (10,4%) – фенотип В, 16 (6,4%) – фенотип С, 63 (25,2%) – фенотип Д. Женщины всех фенотипов были сопоставимы по возрасту. Женщины с фенотипом А имели более высокий ИМТ по сравнению с фенотипом Д ($p<0,05$). Пациентки с фенотипами В и С не отличались по ИМТ от других фенотипов ($p>0,05$). Всем пациенткам проведено ультразвуковое исследование органов малого таза на 5–7 день менструального цикла, определение уровня АМГ в сыворотке крови. В основной группе на 2–3 день менструального цикла проводилось измерение уровня ЛГ, ФСГ, общего и свободного тестостерона, андростендиона, дигидротестостерона, ПССГ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее выраженная ОМ наблюдалась в подгруппе с фенотипом А (60% женщин – до и более 6 месяцев, n=87), менее выраженная в подгруппе с фенотипом Д (57,1% – до 3 месяцев, n=36) и фенотипом С (62% – до 1 месяца), ($p<0,05$). Пациентки с фенотипами А, С и Д не различались по объему яичников ($p>0,05$). Средний уровень АМГ в группе контроля составил 3,3±1,9 нг/мл, в группе женщин с СПКЯ – 15,8±10,2нг/мл ($p<0,05$). Наибольших значений уровень АМГ достигал при фенотипе А (17,9±11,6 нг/мл), наименьших – при фенотипах В (11,1±5,6нг/мл, $p<0,05$) и Д (12,6±5,7нг/мл, $p<0,05$). Корреляционный анализ не выявил взаимосвязи уровня АМГ с возрастом, ИМТ и выраженностью ОМ в группе больных с СПКЯ ($p>0,05$). Выявлена прямая корреляционная зависимость АМГ от уровня ЛГ, общего тестостерона и андростендиона, объема яичников ($p<0,05$).

Уровень АМГ у женщин с СПКЯ в 4,8 раза выше, чем у здоровых женщин. Средний уровень АМГ варьирует у женщин с различными фенотипами СПКЯ, однако в группе женщин с фенотипом В, при нормальных значениях объемов яичников, выше контрольных показателей в 3,5 раза

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, АМГ информативен в диагностике СПКЯ вне зависимости от репродуктивного фенотипа и может быть рассмотрен в качестве унифицированного диагностического критерия синдрома.

РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА У ПАЦИЕНТОК СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Объективизация результатов послеоперационной реабилитации у женщин после гинекологических операций особенно актуальна при применении современных инновационных немедикаментозных технологий в связи с их вариабельностью. Это диктует необходимость разработки комплексных программ, направленных на коррекцию кислородного обеспечения организма после анестезиологического пособия, прежде всего, у женщин старшей возрастной категории. В этой связи перспективным является назначение комплекса индивидуальных занятий лечебной гимнастикой (ЛГ) с инструктором-методистом.

ЦЕЛЬ

Определить необходимость включения ЛГ в комплекс лечебных мероприятий в раннем послеоперационном периоде у женщин старшего возраста после гинекологических операций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Комплекс лечебных мероприятий у обследованных 34 женщин в возрасте от 52 до 65 лет включал унифицированную антибиотико- и физиотерапию. После операций на половых органах 19 женщин (I группа) в течение 3 сут получали комплекс физических упражнений по формированию релаксационно-диафрагмального дыхания. Ко II группе сравнения – 15 пациенток с аналогичным хирургическим вмешательством – комплекс ЛГ не применялся. Все пациентки имели хронические экстрагенитальные заболевания в стадии ремиссии. Длительность операции не превышала 2 ч. Для косвенной оценки кислородного обеспечения организма после операции проведены тесты: функциональная проба с задержкой дыхания после вдоха (проба Штанге) и после выдоха (проба Генчи). Средние показатели пробы Штанге у здоровых женщин варьируются от 40 до 50 с, а Генчи от 20 до 40 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На 3 сут после операции у всех пациенток отмечена положительная динамика самочувствия, мышечного тонуса, психофизического напряжения, а также клинических показателей по гинекологическому профилю заболевания. Показатели гипоксических тестов варьировали в пределах нормативных значений. Реакция пациенток I группы на ЛГ была адекватной.

Динамика величин при пробе Штанге у 84,2% пациенток I группы указывала на повышение с 26,7±2,2 до 43,1±2,6 с, при пробе Генчи с 21,2±1,4 до 38,9±1,8 с. У 53,3% пациенток II группы – с 27,7±2,0 до 36,7±1,4 с и с 18,5±1,9 до 29,4±1,6 с соответственно. У остальных женщин значимых изменений в изучаемых показателях выявлено не было, что могло быть связано с отягощенным соматическим статусом. Важно отметить, что результаты гипоксических тестов Штанге и Генчи у пациенток I группы соответствовали удовлетворительным значениям, тогда как у женщин II группы показатели были неудовлетворительными (≤39 и ≤34 с соответственно). Результаты дыхательных тестов указывали на повышение резервных возможностей организма в большей степени у женщин I группы. Это, по-видимому, связано с вариативностью вегетативного контроля организма вследствие улучшения работы сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты проведенного исследования показали целесообразность включения ЛГ в комплекс лечебных мероприятий в раннем послеоперационном периоде после гинекологических операций. Применение системы специальных физических упражнений в форме ЛГ отвечает всем современным требованиям к респираторной послеоперационной реабилитации.

КИНЕЗИТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Вовлечение резервных возможностей организма в восстановительный процесс в раннем послеоперационном периоде у женщин с гинекологическими заболеваниями вносит существенный вклад в общую эффективность и выздоровление. Лечебные физические упражнения в комплексном послеоперационном лечении способствуют улучшению легочной вентиляции, центральной и регионарной гемодинамики, уменьшают гипоксию.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось изучение эффективности применения кинезитерапии в комплексе послеоперационного лечения женщин гинекологического профиля на раннем госпитальном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 47 пациенток в возрасте от 27 до 45 лет после эндоскопических операций на половых органах. Время хирургических манипуляций не превышало 2 ч, а кровопотеря – физиологических параметров. Антибиотикопрофилактику после операции получали все обследованные. В I группе (29 человек) комплекс лечебных мероприятий включал кинезитерапию. Занятия проводились индивидуальным методом с инструктором-методистом в течение 3 дней в форме лечебной гимнастики (ЛГ). Сопоставимая по возрасту и объему оперативного вмешательства II группа женщин (18 человек) ЛГ не получала. В качестве критериев объективизации клинического эффекта использовали динамику ряда интегральных показателей, характеризующих функциональное состояние сердечно-сосудистой системы: оценку уровня стресса (УС), ударного объема (УО) и индекс функциональных изменений (ИФИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все пациентки лечение переносили хорошо. Исходно величина УС в 1 сут после операции у пациенток I и II групп составила 2,1±0,2 и 2,4±0,1 у.е. соответственно, что указывало на умеренный стресс в обоих случаях. УО (формула J.Starr) составил 57,2±4,7 и 60,2±5,1 мл в сравниваемых группах, а показатель ИФИ составил 2,20±0,21 и 2,18±0,30 у.е. соответственно. Полученные величины характерны для состояния функционального напряжения в сердечно-сосудистой системе. При этом исходные показатели в I и II группах пациенток были статистически однородны ($p \geq 0,05$).

На 3 сут после операции у 25 (86,2%) женщин I группы и у 12 (66,7%) пациенток II группы УС соответствовал нормативному показателю, составив 1,6±0,1 и 1,7±0,1 у.е. соответственно. У 21 (72,4%) пациентки I группы и у 10 (55,6%) женщин II группы показатель УО повысился ($p \leq 0,05$) до среднего нормативного значения – 76,2±4,1 и 79,2±5,3 мл соответственно. Величина ИФИ соответствовала достаточной адаптации у 27 (93,1%) женщин I и у 13 (72,2%) II группы. Обследуемые, чьи показатели оказались отличны от нормативных, были соматически отягощены. Это потребовало назначения профильной медикаментозной терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования позволили сделать следующие выводы:

– включение ЛГ в комплекс послеоперационного лечения способствует усилению адаптационной способности и защитно-приспособительных реакций у пациенток, повышая результативность лечения в среднем на 20%;

– как общедоступный вид физической активности у женщин после гинекологических операций модифицированные методики послеоперационной ЛГ вне зависимости от возраста и уровня физической подготовки результативны на раннем госпитальном этапе медицинской реабилитации.

ДНК-МЕТИЛИРОВАНИЕ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Шалаев О.Н., Есенеева Ф.М., Омарова Р.З., Киселев В.И., Бабкина И.О., Салимова Л.Я., Карибова С.Р.

Российский университет дружбы народов, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Миома матки встречается, по разным данным, у 15–40% женщин репродуктивного возраста, но истинное распространение оценить трудно, ввиду бессимптомного течения у 25–30% пациенток. Несмотря на широкое распространение заболевания, клеточные механизмы, лежащие в основе инициации и запуска процесса, остаются до конца неизученными.

ЦЕЛЬ

В нашем исследовании мы попытались установить патогенетическое значение ДНК-метилирования в развитии и прогнозировании миомы матки, установить особенности ДНК метилирования гена эстрогенового рецептора ER-α ,гена прогестеронового рецептора PR-B и гена WNT – ингибирующего фактора 1 (WIF1) в миоматозном узле и в здоровом миометрии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование вошли образцы биоптатов миоматозной ткани , полученные в ходе консервативной миомэктомии или экстирпация матки у 30 пациенток в возрасте от 35 до 52 лет (средний возраст 43 года); в контрольную группу вошли образцы биоптатов нормального миометрия, взятые у тех же самых пациенток. Размеры миоматозных узлов: от 2 см до 16 см (среднее значение 6.7 см). Выделение ДНК. Полученные образцы тканей были измельчены на кусочки по 2 мкг, которые затем подвергались лизису с целью выделения ДНК и переводу неметилированных остатков цитозина в тимин при сохранении неизменными метилированных остатков цитозина (бисульфитной конверсии). Следующим этапом проводились ПЦР и секвенирование. Статистический анализ результатов секвенирования проводили с использованием программного обеспечения DNA Sequencing Analysis Software версии 5.1 и ресурса QUMA: quantification tool for methylation analysis

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе ДНК-метилирования в группе биоптатов миоматозного узла у 3 пациенток выявлено ДНК-метилирование , у 27 – отсутствие ДНК-метилирования гена рецептора ER α (10% vs 90%, p=0,0273). В группе контроля , биоптатов со здоровым миометрием, у 100% пациенток выявлено отсутствие ДНК-метилирования гена ERα, p=0,0038).Общий уровень метилирования составил 2,166% .

При анализе ДНК-метилирования гена PR-B в группе биоптатов с миоматозным узлом у 2 пациенток выявлено ДНК-метилирование , у 28 – отсутствие ДНК-метилирования гена рецептора PR-B (6,67% vs 93,33 %, p=0,03253).В группе контроля со здоровым миометрием у 100 % пациентов выявлено отсутствие метилирования гена PR-B, p=0,038).Общий уровень метилирования составил 2,5%.

В 22 биоптатах с тканью миоматозного узла было отмечено ДНК-метилирование гена WIF1, в 8 биоптатах – отсутствие ДНК-метилирования (73,33% vs 26,67%, p = 0,032). В группе контроля со здоровым миометрием у всех пациенток выявлено отсутствие ДНК-метилирования WIF1 (100% , p=0,0034). Общий уровень метилирования составил 26,5%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы выявили особенности ДНК-метилирования при миоме матки: гипометилирование гена рецептора PR-B, гипометилирование гена рецептора ERα и гиперметилирование гена WIF1. Метилированный WIF1 (WNT ингибирующий фактор 1) не способен блокировать WNT-канонический путь. WNT-канонический путь становится активным, и запускается механизм формирования миоматозной опухоли. Полученные данные – еще один шаг к пониманию клеточных и субклеточных механизмов при миоме матки. Безусловно, в дальнейшем необходимо продолжить изучение эпигенетических механизмов и участие их в патогенезе миомы матки с целью обнаружения ранних биомаркеров данной опухоли и оценки места эпигенетической терапии в лечении миомы матки.

РОЛЬ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТА В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

Шатунова Е.П.

СамГМУ, г. Самара

АКТУАЛЬНОСТЬ

Миома матки является распространенным доброкачественным новообразованием у женщин и частой причиной гистерэктомии. В последнее десятилетие доказанная роль прогестерона в стимулировании роста миомы матки вызвала интерес к изучению возможности лечения этого заболевания с использованием селективных модуляторов рецепторов прогестерона (А.Л. Тихомиров, 2014), в частности улипристала ацетата (УА).

ЦЕЛЬ

Изучение эффективности УА в дозе 5мг (эсмии) у больных с миомой матки и аномальными маточными кровотечениями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование и лечение 48 женщин с миомами матки. Обследование включало оценку анамнестических и клинических данных, лабораторные, инструментальные (УЗИ), гистологические методы исследования. Средний возраст больных составил 42,6 лет. Ведущими симптомами заболевания были маточные кровотечения различной степени выраженности и боли. У всех женщин обнаружена постгеморрагическая анемия. По локализации миомы были единичными и множественными, субсерозными, интерстициальными и субмукозными. Средние размеры опухоли были 142 куб.см. Все пациентки нуждались в оперативном лечении. Пациентки принимали УА (Эсмия) в дозе 5 мг в течение 13 недель.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты обследования больных показали, что после курса лечения была отмечена положительная динамика и хорошая переносимость у всех пациенток. На фоне терапии УА у всех пациенток снизились выраженность болевого синдрома, частое мочеиспускание, запоры. Аменорея в среднем наступила через 5,1 дня, что сопровождалось нормализацией содержания гемоглобина. Патологических изменений в биохимических анализах крови зарегистрировано не было. Через 13 недель наблюдения уменьшение доминантных узлов составило от 8% до 54% у женщин получавших УА. У 5 больных толщина эндометрия составила 17,8 мм. В остальных случаях гиперплазии эндометрия мы не отмечали. После лечения УА 40женщинам было проведено оперативное лечение, объем которого зависел от возраста пациенток, заинтересованности в репродукции, количества и локализации миоматозных узлов. 8 пациенток (16,6%) были пременопаузального возраста и назначение 2 курсов эсмии позволило им плавно перейти в менопаузальный период и избежать радикальной операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предоперационная фармакотерапия УА перед планируемым хирургическим вмешательством была эффективной, способствовала аменорее и уменьшению объема миом, восстановлению показателей красной крови, а также оптимальному проведению оперативного вмешательства. Полученные данные позволяют считать эсмию перспективным направлением и в самостоятельном медикаментозном лечении миомы матки.

ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ: ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Шишкина Т.Ю., Краснова И.А., Аксенова В.Б.

ГКБ 31, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Точность диагностики эктопических нидаций все еще не равна 100%.

ЦЕЛЬ

Оценить информативность трехмерной эхографии в диагностике трубной беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Трехмерная эхография выполнена нами у 100 пациенток репродуктивного возраста с подозрением на внематочную беременность. Обследованы: 31 пациентка с трубной беременностью; 35 с осложненной маточной беременностью; 34 с ДМК репродуктивного периода. Исследование выполнено с использованием трехмерного трансвагинального датчика на аппаратах Logiq E9 (GE) и Toshiba Aplio MX. Проведен сравнительный анализ объема матки (Vмат) и эндометрия (Vэнд) (рассчитаны с помощью программы VOCAL в ручном режиме). Обработка данных производилась «off-line».

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе данных трехмерной эхографии нами выявлено: объем матки при наличии беременности любой локализации (83,9±26,8 см3 при трубной, 87,1±30,5 см3 при маточной) был достоверно выше по сравнению с аналогичным показателем при ДМК репродуктивного периода (63,4±27,1 см3) ($p1<0,05$, $p2<0,01$). Объем эндометрия также был достоверно выше при наличии беременности (7,1±4,6 см3 при трубной беременности, 7,0±6,0 см3 при маточной беременности) по сравнению с ДМК репродуктивного периода (4,0±1,9 см3) ($p<0,01$). «Ложное плодное яйцо» было выявлено у 10 (32,3%) пациенток с нарушенной трубной беременностью, оно характеризовалось следующими эхографическими критериями: центральным расположением – между передним и задним листками эндометрия; неправильной формой (при исследовании во всех трех плоскостях сканирования); вариабельными размерами; «стенки» образования (края листков эндометрия) были неровными, прерывистыми, имели гиперэхогенную структуру относительно остального эндометрия; их толщина составляла 1 мм и менее; содержимое было неоднородным, со взвесью, иногда симулирующей внутриамниотические структуры малых размеров. Кисты эндометрия, симулирующие беременность малого срока, были выявлены у 15 (15,0%) пациенток: у 2 с трубной беременностью, у 3 с маточной беременностью малого срока, и у 10 пациенток с ДМК репродуктивного периода. Вне зависимости от нозологии заболевания, кисты эндометрия имели единые эхографические критерии: располагались в толще листка эндометрия (однако, также могли находиться близко к их границе); имели округлую форму и малые размеры (2–4 мм); их локализация и размеры оставались постоянными при динамическом наблюдении; были окружены тончайшим гиперэхогенным (относительно эндометрия) венчиком (толщиной 1 мм и менее); границы были четкими, ровными и прослеживались на всем протяжении; содержимое кист было однородным анэхогенным, внутренние структуры не выявлялись; их количество колебалось от единичного до множественного; при динамическом наблюдении размеры, локализация кист, а также характер их границ оставались неизменными. У 6 (19,4%) пациенток с диаметром гипоэхогенного включения 2,5–4 мм нам потребовалось двукратное 3D УЗИ и оценка уровня β-ХГч крови с интервалом 48–72 часа для дифференциальной диагностики беременности малого срока и кист эндоцервикса, расположенных на границе листка эндометрия. Исследование затруднял множественный характер образований, малый размер и толщина гиперэхогенного ободка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эхографическим критерием беременности при отсутствии визуализации плодного яйца является увеличение объема матки и эндометрия. Дифференциальной диагностике беременности малого срока и симулирующих ее структур способствует использование режимов МПР и томографии.

ЭЛАСТОГРАФИЯ И ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ МАЛОГО СРОКА

Шишкина Т.Ю., Краснова И.А., Аксенова В.Б.

ГКБ 31, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Внематочная беременность по-прежнему является причиной материнской смертности, занимая первое место среди причин в первом триместре беременности. Точность диагностики эктопических нидаций все еще не равна 100%. Это делает актуальным внедрение дополнительных визуальных методов диагностики в алгоритм обследования пациенток с подозрением на трубную беременность.

ЦЕЛЬ

Оценить информативность эластографии и трехмерной эхографии при исследовании маточных труб в диагностике прогрессирующей трубной беременности малого срока.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Трехмерная эхография маточных труб выполнена у 7, а эластография – у 3 пациенток с прогрессирующей трубной беременностью 5–6 недель гестации. Компрессионная эластография произведена на аппарате Logiq E9 (GE, США) с использованием трансвагинального датчика. Оценены качественные характеристики эластограмм. Трехмерная эхография выполнена с использованием трехмерного трансвагинального датчика на аппаратах Logiq E9 (GE Medical Systems, США) и Toshiba Aplio MX (Toshiba Medical Systems). 3D-сканирование с ЭД выполнялось после исследования в 2D-режиме и эластографии. Использованы режимы мультипланарной реконструкции и томографии. Для оценки сосудистого русла использовалась ЭД – режимы «прозрачное тело» и томография. Вся информация записывалась в память приборов, обработка данных производилась «off-line». Все наблюдения были подтверждены гистологическим исследованием.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Прогрессирующая трубная беременность при 3D-УЗИ выявлена у 7 пациенток. Свободная жидкость в малом тазу не визуализировалась ни у одной из обследованных. Абсолютный признак трубной беременности – эмбрион с сердцебиением не был выявлен ни у одной из обследованных. Плодное яйцо характеризовалось следующими эхографическими признаками: округлой формы жидкостное образование диаметром 3–6 мм в просвете маточной трубы; внутреннее содержимое – однородное анэхогенное; плодное яйцо окружено гиперэхогенным венчиком; симптом относительно «толстых стенок» или равномерно утолщенного хориона – толщина хориона равна или превышает СВД плодного яйца; симптом «двуконтурности» – эхонегативный ободок между наружным краем хориона и стенкой маточной трубы (выражен только у 4 (57,1%) обследованных); визуализация желточного мешка у 2 (28,6%) обследованных, диаметр 1 и 1,5 мм; признак: «кольцо огня» или «сосудистое кольцо» (выявлен у всех обследованных) – кровоснабжение хориона (визуализация в режимах «прозрачное тело» и томография с ЭД).

Эластография маточных труб выполнена у 3 пациенток с прогрессирующей трубной беременности 5–6 недель гестации. Плодное яйцо в маточной трубе кодировалось стойким синим шаблоном как образование повышенной жесткости. Его диаметр составил 4–5 мм. На остальном протяжении маточные трубы отображались зеленым цветом с вкраплениями желтого и незначительным количеством синих вкраплений, как эластичные образования. Эластометрия не производилась.

Таким образом, трехмерная эхография и эластография имеют характерные критерии оценки в диагностике трубной беременности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение трехмерной эхографии и эластографии в алгоритм обследования пациенток с подозрением на внематочную беременность в сложных случаях может улучшить качество диагностики и избежать неоправданных инвазивных вмешательств.

НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ I ТРИМЕСТРА ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА, КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Шмидт А.А., Новиков Е.И., Бескровный С.В., Горбакова Л.Ш., Фомина М.С.

НИИ «СП им. И. И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Инфекционно-воспалительные факторы являются ведущей причиной замершей беременности (Серов В.Н., 2013 г.). За последние десять лет частота данной патологии остается стабильно высокой и постоянно растет, при этом на долю неразвивающейся беременности (НБ) первого триместра приходится до 75–80% всех замерших беременностей.

ЦЕЛЬ

Определить клинические, лабораторные и морфологические характеристики у женщин с восходящим бактериальным инфицированием (ВБИ) и гематогенным вирусным инфицированием (ГВИ) при НБ I триместра.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследовано 195 женщин с НБ I триместра. Установлено, что из 195 случаев неразвивающаяся беременность I триместра по причине БВИ была у 95 женщин, у 90 – с ГВИ, и у 10 – в сочетании БВИ и ГВИ.

Наряду с общепринятыми клиническими и лабораторными методами диагностики пациенткам обеих групп проводилось морфологическое исследование кюретажного материала по расширенной методике Б.И. Глуховца.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клинические симптомы НБ у обследуемых больных неспецифичны, наиболее часто встречались скудные, как правило, длительные или периодические мажущие кровянистые выделения из половых путей – 146 пациенток (75%), тянущие боли внизу живота – у 88 пациенток (45%), которые чаще проявлялись через 2–3 недели после прекращения развития плодного яйца. Одним из наиболее ранних клинических симптомов НБ являлось исчезновение вероятных признаков беременности, появляющиеся на 3–6 сутки после гибели плодного яйца – у 93 женщин (48%). Гипертермия с повышением температуры до субфебрильных цифр отмечена у 81 (42%) пациентки.

По данным микробиологического, цитологического и расширенного патологоанатомического исследования установлено, что из 195 случаев у 95 пациенток НБ I триместра произошла при наличии ВБИ, а в 90 случаях при наличии признаков ГВИ. У всех больных с НБ I триместра после клинико-лабораторного обследования и при необходимости проведения антибактериальной терапии, производилось «опорожнение» полости матки под общей анестезией. Кюретажный материал отправлялся на расширенное патоморфологическое обследование.

По лабораторным и клиническим данным выявлены следующие заболевания – неспецифический кольпит установлен в группе с ВБИ у 26 (27,4%) пациенток, а в группе с ГВИ – у 12 (13,6%), бактериальный вагиноз у 22 (23,2%) и 10 (11,4%) больных соответственно, кандидозный кольпит у 21 (22,1%) и 8 (9%). В группе с ВБИ неспецифический, кандидозный кольпит и бактериальный вагиноз достоверно выявляется чаще, чем в группе с ГВИ, ($p < 0,05$). Практически в 50% случаев материалы расширенного патоморфологического исследования коррелируют с результатами ПЦР-исследования абортного материала. У больных в группе с ВБИ в цитологических соскобах с шейки матки воспалительные изменения встречались в 87 случаях (92,5%), а в группе с ГВИ в 9 (10%) ($p<0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инфекционная причина НБ I триместра подтверждается практически в 100% случаев расширенным комплексным патоморфологическим исследованием кюретажного материала.

У больных с ВБИ воспалительные заболевания нижнего отдела женских половых органов встречаются в 2,5 раза чаще, чем у женщин в группе с ГВИ. Цитологические исследования также подтверждают, что более чем в 90% случаев имеется воспалительный процесс в шейке матки у больных с ВБИ.

Комплексный подход в изучении причин НБ I триместра инфекционного генеза – использование клинических, лабораторных, микробиологических, патоморфологических методов – позволяет определить оптимальный план в дальнейшей реабилитации данных групп пациенток.

АДИПОКИНЫ И ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Эседова А.Э., Хашаева Т.Х-М., Абусуева З.А., Идрисова М.А., Каллаева А.Х.

Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала

АКТУАЛЬНОСТЬ

Остеопороз в России и во всем мире является серьезной проблемой здравоохранения в связи со значительным возрастанием риска низкоэнергетических переломов и их влиянием на частоту инвалидизации и смертности в популяции пожилых людей. С возрастом женщины могут терять до 50% губчатой и 35% компактной кости. Вместе с тем, с наступлением менопаузы более чем у 50% женщин наблюдается увеличение массы тела. Единственным положительным аспектом наличия ожирения ранее считался его протективный эффект в отношении развития остеопороза.

ЦЕЛЬ

Изучение состояния костного метаболизма и кальций-фосфорного обмена у женщин в постменопаузе в зависимости от наличия или отсутствия ожирения, а также уровня лептина и адипонектина.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошло 165 женщин в постменопаузальном периоде: 1-ю группу (основную) составили 83 женщины с абдоминальным типом ожирения (ИМТ – 36,3±3,1 кг/м2, окружность талии – ОТ –102±5,0см), 2-ю группу (контрольную) – 82 здоровые (без ожирения) женщины (ИМТ – 24,2±2,2 кг/м2, ОТ – 82,5±3,6см). У всех наблюдалась физиологическая постменопауза длительностью более 2 лет. Количество жировой массы у пациентов основной группы составило 41,68±4,6%, контрольной группы – 38,16±5,1%. МПКТ определяли методом двухэнергетической рентгеновской абсорциометрии с помощью аппарата Lunar Prodigy. Оценка жировой массы проводилась с помощью дополнительной программы «Total body» на том же денситометре.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что в основной группе показатели кальций-фосфорного обмена (уровень кальция в крови и утренней моче, фосфора) достоверно ниже по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). У женщин сравниваемых групп статистически значимо отличаются также уровень паратгормона и активность щелочной фосфатазы в крови ($p<0,05$). По остальным параметрам костного метаболизма существенных различий между группами не было выявлено ($p>0,05$). Также уровень лептина в крови у женщин основной группы (60,1±8,1) был достоверно выше, чем у женщин контрольной группы (30,6±6,3) ($p<0,05$), в то же время статистически значимых различий уровня адипонектина в исследуемых группах не выявлено ($p<0,05$). Не обнаружено достоверных различий в группах женщин и при сравнении абсолютных значений МПКТ. В ходе исследования выявлена прямая корреляция между уровнем лептина и МПКТ в позвоночнике ($r=0,27$), шейке бедра ($r=0,29$) и проксимальном отделе бедра ($r=0,36$) и отрицательная корреляция между уровнем адипонектина и МПКТ в проксимальном отделе ($r=-0,26$) и шейке бедра($r=-0,29$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Установлено, что в постменопаузальном периоде у женщин с ожирением уровень лептина гораздо выше, чем у женщин без ожирения и он положительно коррелирует с ИМТ и содержанием жировой ткани. Учитывая значимую положительную корреляцию лептина с МПКТ, можно предположить, что сама по себе жировая масса не оказывает какого-либо существенного эффекта на костную ткань, а ее действие опосредовано через продукцию лептина. Комплексное действие лептина на кости можно объяснить

его способностью действовать положительно непосредственно в периферических тканях или отрицательно через центральные механизмы регуляции, приводящие к активации симпатической нервной системы. Действие адипонектина на костную ткань оказалось неоднозначным и нуждается в дальнейшем изучении.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА В ПОСТМЕНОПАУЗЕ У ЖЕНЩИН С ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Эседова А.Э., Абусуева З.А., Идрисова М.А., Махтибекова П.А., Гамзаев А.К.

Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ожирение и остеопороз (ОП) – два метаболических заболевания, распространенность которых сильно возросла за последние десятилетия. Обе болезни имеют генетическую основу и подвержены различным влияниям окружающей среды. Научные исследования последних лет свидетельствуют о том, что дислипопротеидемия и низкая минеральная плотность кости (МПК) – не единственные, но основные факторы риска ОП, частота которых значительно возрастает после наступления менопаузы.

ЦЕЛЬ

Изучить связь липидного профиля с костной массой у женщин в постменопаузе на фоне ожирения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 165 женщин в постменопаузальном периоде: в 1-ю группу (основную) вошли 83 женщины с абдоминальным типом ожирения (индекс массы тела – ИМТ 36,6 ± 3,3 кг/м2), окружность талии (ОТ) 101 ± 5,0 см (концентрация общего холестерина (ОХС) плазмы крови составила 6,9±1,8 ммоль/л; уровень триглицеридов (ТГ) – 2,9±0,6 ммоль/л; холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) – 0,79±0,2 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) – 4,1±0,8 ммоль/л; холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) – 0,8±0,25 ммоль/л), во 2-ю группу (контрольную) вошли 82 здоровые женщины (ИМТ 24,2 ± 2,2 кг/м2), ОТ 82,5±3,6 см. МПК определяли методом двухэнергетической рентгеновской абсорциометрии с помощью аппарата Lunar Prodigy. Однократное определение липопротеидов крови проводилось ферментными наборами на автоанализаторе Konelab -20.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что в 1 группе 24 (20%) пациентов имели нормальные показатели МПК, у 36 (67,7%) диагностирована остеопения и у 23 (13,3%) зарегистрирован остеопороз. Во 2 же группе отмечено, что у 19 (27,7%) пациентов имелись нормальные показатели МПК, у 40 (55,4%) – остеопения и у 23 (16,8%) – остеопороз. Также выявлено, что все атерогенные фракции липопротеидов достоверно выше у женщин с ожирением, по сравнению с группой контроля. При оценке связи показателей липидного профиля с костной массой установлено, что ОХС обратно, а ТГ прямо пропорционально коррелировали с МПК в проксимальном отделе бедра, тогда как уровень ХС ЛВП показал достоверную отрицательную связь с МПК не только в проксимальном отделе бедра, но и в поясничном отделе позвоночника. Выявлено, что все атерогенные фракции липидного обмена (ТГ, ХС ЛОНП) и коэффициент атерогенности (КА) прямо пропорционально коррелировали с показателями избыточной массы тела (ИМТ, ОТ, ОТ/ОБ), тогда как ХС ЛВП обнаружили отрицательную корреляцию с ними. Также была обнаружена слабая отрицательная связь МПК проксимального отдела бедра с ОХС и положительная связь с ТГ, тогда как между ХС ЛВП и МПК во всех измеренных отделах скелета была обнаружена парадоксальная отрицательная связь, которая в регрессионном анализе сохранилась только с МПК шейки бедра.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что атерогенные изменения в липидном профиле могут являться предпосылкой для формирования остеопенического

синдрома в постменопаузе. Результаты данного исследования позволяют предположить, что нарушения липидного обмена являются одними из звеньев патогенеза остеопороза. Подводя итог вышеизложенного можно заключить, что многочисленные противоречивые литературные данные о взаимосвязи данных патологических процессов, дальнейшие исследования проблемы ОП и ожирения у женщин в постменопаузе представляются важной задачей современной медицины, и требуют изучение более углубленного.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПАРАМЕТРЫ МАТКИ ЖЕНЩИН, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ АБДОМИНАЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ

Юлдошева М.У.

ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота оперативного родоразрешения методом кесарева сечения (КС) растет по всему миру (ВОЗ, 2008, Орлова В. С., 2013, Gibbons L. 2010). Женщины, перенесшие КС в анамнезе, часто отмечают болезненные менструации и диспареунию, что связано с расширением аркуатных вен и вен параметрия. Нередко наблюдаются маточные кровотечения циклического характера, перименструальные кровяные выделения и хроническая тазовая боль (Мальцева Л. И. 2012). Ультразвуковые исследования остается одним из наиболее информативным, неинвазивных и доступных методов оценки состояния матки после перенесенного КС (Холова Д. П., Боев А. Т., 2007, Приходько А. М. и соавт., 2015).

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования явилась оценка состояния матки путем ультразвукового изучения ее параметров после абдоминального родоразрешения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное исследование было выполнено на 100 женщинах репродуктивного возраста, перенесших абдоминальное родоразрешение (основная группа). Количество операций методом КС составляло от 1 до 4-х эпизодов. Группу сравнения составили 34 женщин репродуктивного возраста с отсутствием в анамнезе операции кесарева сечения. УЗИ матки было произведено в первой фазе менструального цикла. Общеклинические анализы крови и мочи, а также бактериоскопические анализы мазка из влагалища изучались с целью исключения патологий у обследуемого контингента. В группу исследования входили женщины с I и II степенью частоты влагалища. Исследование параметров производилось ультразвуковым методом через 6 месяцев после КС на аппарате «Sono-ASE 600» с конвексным датчиком 3,5 мгц.

Средний возраст исследуемого контингента составил 25,1±0,6 лет и 26,1±1,4 лет соответственно. По кратности у 58 (58%) женщин составила один случай операции кесарева сечения, у 29 (29%) – две кесарево сечение, наличие 3 и 4 рубцов на матке отмечалась у 13 (13%) женщин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее частыми жалобами женщин в основной группе у 42% женщин явились болевой синдром, в группе сравнения – 23,5%, что их разница статистически оказалась достоверной. У 18% женщин отмечалась нарушение менструального цикла (НМЦ) по типу альгодисменореи, у 24% – по типу гиперполименореи и менометрорагии, в группе сравнения частота НМЦ составила 5,8% женщин. При УЗИ матки были установлены признаки метроэндометрита у 47% женщин, миома матки у 13%, полип и гиперплазия эндометрия у 24%, спаечный процесс у 32% женщин, в группе сравнения определялись только метроэндометриты – 23,5%.

При изучении размеров матки по УЗИ переднезадний размер у 57% женщин составил от 28 до 42 мм, т. е. в пределах нормальных величин, длина матки от 42 до 60 мм у 43% женщин, ширина матки от 42 до 70 мм составила у 86% исследуемых женщин. Толщина эндометрия в первой фазе менструального цикла составила до 20 мм у 45% женщин. У остальных пациенток показатели параметров матки были больше нормы. Толщина зоны разреза у 46% женщин отмечалась неоднородной, отечной, визуализировались гиперэхогенные включения. Миоматоз-

ные узлы размерами от 9 до 30 мм были обнаружены у 14% пациенток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенные ультразвуковые исследования матки выявили высокую частоту гинекологических заболеваний у женщин, имевших в анамнезе кесарево сечение, которые проявлялись повышенными показателями размеров матки, миоматозными узлами и гиперэхогенностью участков матки.

Онкогинекология

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВОЙ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН

Сенча А.Н., Могутов М.С., Патрунов Ю.Н., Кашманова А.В., Сергеева Е.Д.

НУЗ «ДКБ на ст. Ярославль» ОАО «РЖД», г. Ярославль

АКТУАЛЬНОСТЬ

Поиск новых технологий ультразвукового исследования в ранней и дифференциальной диагностике РМЖ – актуальная проблема и непрекращающийся процесс. Одним из новых методов является методика УЗИ с контрастным усилением (КУУЗИ) столь широко используемая в УЗ-маммографии в Европе и мире.

ЦЕЛЬ

Оценить диагностические возможности КУУЗИ в диагностике очаговой патологии молочных желез у женщин и мужчин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты КУУЗИ у 41 пациента (26 (63,4%) женщин и 15 (36,6%) мужчин), с очаговой патологией МЖ. Все узловые образования были разделены на четыре группы: первая и вторая пациенты с РМЖ: 16 женщин и 5 мужчин, третья 10 женщин с фиброаденомами, четвертая 10 мужчин с узловой формой гинекомастии. УЗИ проводили на сканерах DC-8 (Mindray, Китай), Acuson S-2000 (Siemens, Германия), опция «Contrast», МИ – 0,07, с использованием линейных датчиков (7,5–18 МГц), контрастный препарат (КП) «SonoVue» (Bracco, Италия) (2,4–5 мл).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Методика проведения КУУЗИ включала несколько этапов: первый этап – оценка структуры образований МЖ в серошкальных и цветокодированных режимах эхографии. Все пациенты были отобраны для эхоконтрастного исследования на основании выявления у них очаговых образований МЖ после стандартного УЗИ (из группы BIRADS 3–5). Размеры опухолей МЖ составляли 12–36 мм.

На втором этапе – анализировали качественные характеристики накопления и распределения КП в образовании. Оценивались скорость и интенсивность накопления КП в опухоли (wash-in) и время последующего вымывания (wash-out). Во всех 21 наблюдениях злокачественных образований МЖ на фоне контрастного усиления, при качественной оценке были выявлены признаки васкуляризации очаговых образований. В 14 (66,6%) случаях, мы наблюдали неоднородное интенсивное накопление КП. В 4 (19%) наблюдений наблюдалось периферическое контрастное усилением, в 3 (14,4%) наблюдений – краевое контрастное усиление. Группа фиброаденом: в 8 (80%) наблюдениях опухоль контрастировалась с минимальным периферическим усилением, в 2 (20%) случаях фиброаденомы характеризовались интенсивным, неоднородным контрастным усилением. Группа узловой формы гинекомастии: в 6 (60%) наблюдениях определялось отсутствие контрастного усиления в узле, в 4 (40%) наблюдениях отмечалось незначительное периферическое контрастирование узлового образования.

На третьем этапе определялись количественные характеристики накопления и выведения КП. Выделены показатели, характерные для РМЖ: среднее время накопления КП в образовании

(time to peak) – 21,89±1,6 (13,2–26,27); интенсивность накопления (peak intensity) – 21,8 ± 0,8 (18,7–25,34); время полувыведения КП (descending time) – 53,67 ± 5,04 (31,86–72,2). Для фиброаденом: TTP 32,08±1,2 (27,9–35,85), PI 27,04 ±0,7 (24,54–29,52), DT\2 79,13±3,1 (65,77–85,22). Для гинекомастии: TTP 34,25±1,4 (29,45–38,9), PI 25,6±1,1 (22,34–29,34), DT\2 78,56±2,2 (71,56–85,67).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день ультразвуковое исследование с контрастным усилением является эффективной дополнительной диагностической технологией, повышающей эффективность комплексной эхографии РМЖ. КУУЗИ информативная технология визуализации кровотока в опухолевых узлах МЖ, выявления «неоангиогенеза», характерного для злокачественных образований. Чувствительность КУУЗИ в выявлении РМЖ у женщин составила 87,5%, специфичность – 90%, точность – 88,5%.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНТРАСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Сенча А.Н., Пеняева Э.И., Могутов М.С., Сенча Е.А.

НУЗ «ДКБ на ст. Ярославль» ОАО «РЖД», г. Ярославль, НУЗ «Научный клинический центр ОАО «РЖД», г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Использование контрастов в ультразвуковой диагностике при дифференциальной диагностике опухолей различных локализаций – новое и перспективное направление лучевой визуализации.

ЦЕЛЬ

Оценить возможности УЗИ с контрастным усилением (КУУЗИ) в диагностике новообразований различных органов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено 570 УЗИ с использованием эхоконтрастного препарата (КП) «Соновью» (Бракко Свисс СА, Швейцария): 217 исследований – органов брюшной полости (в т.ч.: гемангиомы – 34, фокально-нодулярная гиперплазия – 6, гепатоцеллюлярный рак – 5, метастазы печени – 19, 2 – опухоли желчного пузыря, 6 – образования селезенки), 66 – органов забрюшинного пространства (опухоли поджелудочной железы – 5, опухоли почки – 18), 23 – органов малого таза (4 опухоли яичников, 4 – опухоли матки, 4 – образования простаты), 15 – слюнных желез (плеоморфные аденомы – 4), 2 – орбиты, 166 – щитовидная железа (56 – рак), 81 – молочных желез (рак – 26, фиброаденомы – 14). Морфологическая верификация проведена у всех пациентов. Исследования проводили на ультразвуковых сканерах Mindray DC-8 (Mindray, Китай), SonoScape S9 (SonoScape, Китай), Philips Epiq 7 (Philips, Голландия), Hitachi Ascendus (Hitachi, Япония) с использованием линейных датчиков (7,5–15 МГц) в режиме «Contrast» (МИ 0.06–0.01).

РЕЗУЛЬТАТЫ

После определении зоны интереса, объема и характера поражения органа-мишени при стандартной эхографии, всем пациентам проведено КУУЗИ (внутривенное болюсное введение 1,0–2,4 мл КП). Произведена качественная и количественная оценка контрастного усиления очаговых изменений, образований органов по характеру, интенсивности, динамике накопления и вымывания КП в различные фазы контрастирования. Для злокачественных новообразований (поверхностно-расположенных органов, органов брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства) характерно быстрое интенсивное асимметричное накопление КП в очаге, отличное от окружающей неизмененной паренхимы, типичные признаки «неоангиогенеза», быстрое вымывание препарата в венозную и позднюю фазу. При анализе количественных характеристик контрастирования (time to peak, peak intensity, descending time) получены достоверные различия $p \leq 0,05$ в группах доброкачественной и злокачественной патологии

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Качественный и количественный анализ параметров КУУЗИ может быть эффективным при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных образований различных локализаций. Чувствительность КУУЗИ в диагностике, например, рака молочной железы составила 87,5%, специфичность – 90%; новообразований печени – 90,9%, 80,0% соответственно.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Сенча А.Н., Пеняева Э.И., Могутов М.С., Сенча Е.А., Фазылова С.А.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО «РЖД», НУЗ «Научный клинический центр ОАО «РЖД», г. Москва, Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

Данные иностранной литературы по использованию эхоконтрастов для диагностики патологии молочной железы немногочисленны и достаточно противоречивы.

ЦЕЛЬ

Оценка диагностических возможностей УЗИ с контрастным усилением (CEUS) в диагностике рака молочных желез (РМЖ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты CEUS у 26 женщин 24–78 лет, с верифицированным РМЖ. УЗИ проводили на сканерах Mindray DC-8 (Mindray, Китай), SonoScape S9 (SonoScape, Китай), Philips Epiq 7 (Philips, Голландия), Hitachi Ascendus (Hitachi, Япония), опция «Contrast», МИ – 0,07, с использованием линейных датчиков (7,5–15 МГц), контрастный препарат (КП) «SonoVue» (Bracco, Италия) (2,4–5 мл).

Методика проведения CEUS включала несколько этапов. Все пациенты для эхоконтрастного исследования были предварительно отобраны на основании выявления у них очаговых образований МЖ после стандартного УЗИ в серошкальных и цветокодированных режимах эхографии (из группы BI-RADS 3–5). Размеры опухолей МЖ составляли 8–36 мм. Результаты CEUS сопоставлены с данными цитологического и гистологического исследований. Качественные и количественные характеристики контрастирования сравнивались между доброкачественными и злокачественными очаговыми поражениями. Группа сравнения у женщин включала 14 пациенток с фиброаденомами МЖ по данным эхографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На втором этапе – анализировали качественные характеристики накопления и распределения КП в образовании. Изображение в режиме CEUS регистрировали и анализировали в течение 120 сек. с начала введения КП три-четыре специалиста УЗИ первой и высшей категории. Оценивались скорость и интенсивность накопления КП в опухоли (wash-in) и время последующего вымывания (wash-out). Во всех 26 наблюдениях злокачественных образований МЖ на фоне контрастного усиления, при качественной оценке были выявлены признаки васкуляризации очаговых образований. Наиболее часто мы наблюдали неоднородное интенсивное накопление КП в артериальную фазу с быстрым вымыванием в венозную. Эти признаки, вероятно, связаны с большим количеством микрососудов в опухоли («неоангиогенез»), не определяемые часто в других режимах УЗИ, наличием артерио-венозных шунтов. Выделены качественные показатели накопления и распределения КП при РМЖ: в 66,6% – отмечено интенсивное, неоднородное накопление КП, в 19% – периферическое контрастное усиление, в 14,4% – краевое контрастное усиление (при котором только часть опухоли накапливала контраст). Опухолей МЖ без васкуляризации в режиме контрастного УЗИ не выявлено. Во всех случаях наблюдалось быстрое вымывание КП (в течение 60–70сек).

На третьем этапе определялись количественные характеристики накопления и выведения КП. Выделены показатели, характерные для РМЖ:

среднее время накопления КП в образовании (time to peak) – 21,89±1,6 (13,2–26,27); интенсивность накопления (peak intensity) – 21,8±0,8 (18,7–25,34); время полувыведения КП (descending time) – 53,67±5,04 (31,86–72,2).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

УЗИ с контрастным усилением «SonoVue» – информативная технология визуализации кровотока в опухолевых узлах МЖ, выявления «неоангиогенеза», характерного для злокачественных образований. Чувствительность CEUS в выявлении РМЖ у женщин составила 87,5%, специфичность – 90%, точность – 88,5%. Вопросы методологии и стандартизации метода, анализа результатов использования CEUS требуют последующего накопления данных и дальнейшего изучения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИН В АДЫГЕЕ

Шехова А.Н., Тюльпарова Б.А.

ГБУЗ РА «Майкопская городская клиническая больница». Перинатальный Центр, г. Майкоп

АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальность изучения эпидемиологических аспектов злокачественных опухолей определяется ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями женских половых органов (ЗНО ЖПО), как во всем мире, так и в Российской Федерации, включая Республику Адыгея.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось изучение эпидемиологии онкопатологии репродуктивной сферы женщин Республики Адыгея (РА).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом исследования явились данные официальной статистики Минздрава РА «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» и «Сведения о больных со злокачественными новообразованиями» (формы 7 и 35) за 2006–2015 гг., которые анализировались в динамике по двум пятилетним группам: 2006–2010 гг. – I-я группа и 2011–2015 гг. – 2-я группа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенного исследования установлено: четкая тенденция к увеличению показателя заболеваемости ЗНО ЖПО в РА за десятилетие, в среднем, от 127,9 в I группе до 139,5 во 2-ой (на 100000 женского населения). Прирост заболеваемости женщин раком молочной железы по пятилетиям составил 14,2%, раком шейки матки – 2,4%, телом матки – 15,9% и яичника – 5,6%.

Одновременно установлено снижение выявляемости ЗНО ЖПО при профилактических осмотрах, в среднем: от 12,4% в I-ой группе до 7,9% во 2-ой по молочной железе, от 16,4% до 5,6% соответственно по шейке матки, от 10,5% до 4,2% для тела матки, от 8,4% до 2,3% для яичника.

Установлена высокая корреляция динамики заболеваемости ЗНО ЖПО за десятилетие с динамикой показателя индекса накопления контенгента за десятилетие в РА, как в целом так и по различным назологическим формам, что подтверждает рост болезненности женщин ЗНО ЖПО в РА за анализируемый период.

Установлены повозрастные пики заболеваемости ЗНО ЖПО: для рака шейки матки, в среднем, 35 лет, молочной железы – 40 лет, рака яичника – 45 лет, рака тела матки – 50 лет.

Установлена практическая стабильность показателя уровня смертности от ЗНО ЖПО за десятилетие (на 100000 женского населения): от 57,4 в I-ой группе до 56,3 во 2-ой. Показатель смертности от рака молочной железы составил, в среднем, 27,6 в I-ой и 33,2 во 2-ой группе, рак шейки матки – 8,9 и 9,5, тела матки 7,3 и 8,3. рак яичника 9,3 и 8,3 соответственно.

Установлены тенденции к снижению показателя догодовой летальности с момента установления диагноза: при раке молочной железы с 10% в I-ой группе до 8% во 2-ой, для рака шейки матки с 25,4% до 15,1% соответственно, и стабильность показателя при раке тела матки (10,3%–10,4%) и раке яичника (25%–24%) соответственно.

Установлены четкие тенденции к увеличению пятилетней выживаемости после установления диагноза из числа женщин, состоящих на учете

при ЗНО ЖПО в целом: для молочной железы в среднем от 54,2% в I-ой группе до 60,8% во 2-ой, шейки матки соответственно от 67,1% до 73,4%, тела матки от 55,6% до 63,6%, яичника от 54,1% до 58%, что свидетельствует о некотором увеличении продолжительности жизни женщин с ЗНО ЖПО.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют о наличии резерва в снижении смертности от онкогинекологической патологии в РА за счет: 1). увеличения показателя охвата женщин профилактическими осмотрами; 2). улучшения уровня качества профилактических осмотров для выявления предрака и ранних форм рака женской репродуктивной сферы; 3). улучшения уровня качества диспансеризации женщин с ЗНО ЖПО.

Репродуктология

АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ПОЛИМОРФИЗМА G7958A ГЕНА CUZN-SOD С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПАТОСПЕРМИИ

Александрова А.А., Неведомская А.О., Савикина К.Г., Амелина М.А., Ломтева С.В., Сагамонова К.Ю.

Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одним из важных факторов в развитии мужского бесплодия считают окислительный стресс (Божедомов и др., 2012; Савикина и др., 2015). Дефицит антиоксидантной емкости сперматозоидов в условиях повышенной выработки активных форм кислорода приводит к окислительному стрессу. Показано, что в 30–80 % случаев мужского бесплодия патоспермии обусловлены высоким уровнем АФК в эякуляте (Hamada, 2011). Ключевую роль в антиоксидантной защите клеточных биомолекул от повреждения свободно-радикальными агентами играет супероксиддисмутаза (СОД). Клетки быстро реагируют на окислительный стресс повышением активности СОД, которая ускоряет распад супероксидных радикалов на 4 порядка (Владимиров, 2010). В организме человека существуют цитоплазматическая, митохондриальная и внеклеточная СОД. Для выявления ассоциаций с типами патоспермии мы исследовали полиморфизм G7958A гена цитоплазматической CuZnSOD.

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования было изучение частот распространения полиморфизмов гена SOD1 G7958A у жителей Ростовской области и анализ его ассоциаций с различными типами патоспермии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По результатам анализа спермограмм пациентов проходивших обследование в «Центре репродукции человека и ЭКО» на основании руководства ВОЗ (2010) нами были сформированы следующие группы: нормозооспермия, контрольная группа (n=28), олигозооспермия (n= 34) и астенозооспермия (n=36). Для выявления полиморфных вариантов гена (rs4998557) SOD1 G7958A проводили ПЦР, используя прямой праймер 5′-CGGTGTGGTGTGGATGTTGTG-3′, и обратный праймер 5′-GCCCCCAGGAGAGGACTGATT-3′.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Генотипическая структура популяции по полиморфизму G7958A (rs4998557) гена SOD1 у жителей Ростовской области 64% GG: 32% GA: 4% AA, подчиняется равновесию Харди-Вайнберга. Частота мутантного аллеля G7958A у жителей ростовской области q =0,20, что существенно ниже чем у жителей Китая q= 0,28 (Jian-Feng Yi, e.a., 2010) и жителей Корее q=0,37 (Han,e.a.,2013).

У пациентов с олигозооспермией обнаружено уменьшение частоты мутантного аллеля (q =0,15) и уменьшение числа AA гомозигот. Структура генотипов 65% GG: 27% GA: 1% AA. При астенозооспермии частота мутантного аллеля достоверно не отличается от контрольной группы (q =0,21), однако практически вдове увеличено число мужчин с мутантым гомозиготным фенотипом 66% GG: 25% GA: 8% AA.

Для генотипа АА отношение шансов составляет 2.45(OR = 2,45).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полиморфизм G7958A (rs4998557) гена SOD1 приводит к снижению функции фермента супероксиддисмутазы, вследствие чего происходит накопление активных форм кислорода. Нами обнаружена ассоциация полиморфизма G7958A гена CuZn-SOD с возникновением астенозооспермии у гомозигот по мутантной аллели.

Работа выполнена на оборудовании ЦКП «Высокие технологии» ЮФУ, в рамках в рамках проектной части государственного задания в сфере научной деятельности Министерства образования и науки РФ №6.703.2014/К.

РАЗРАБОТКА И ПРИМЕР КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ОТЦОВСТВА ЭМБРИОНОВ СОВМЕСТНО С ПОЛНЫМ ХРОМОСОМНЫМ СКРИНИНГОМ

Биканов Р., Померанцева Е.

ООО «Центр Генетики и Репродуктивной Медицины «ГЕНЕТИКО», г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преимплантационная генетическая диагностика (ПГД) эмбриона на ранних стадиях развития позволяет получить ценную информацию о его генетическом статусе. Спектр существующих на сегодняшний день диагностических ресурсов открывает возможность увеличения объема информации, получаемой на доимплантационных стадиях развития. Необходимость определения биологического отцовства на ранних стадиях развития эмбрионов является примером задачи современной лабораторной практики.

ЦЕЛЬ

Внедрение метода для определения отцовства на доимплантационной стадии развития эмбрионов

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалами для определения отцовства послужили образцы клеток трофэктодермы эмбрионов и образец периферической венозной крови предполагаемого отца. ДНК из образца венозной крови предполагаемого отца была выделена с использованием набора «Blood DNA Isolation Mini Kit» согласно протоколу производителя. Биопсия трофэктодермы проведена на 5 день развития эмбрионов. Пробоподготовка ДНК биопсийного материала проводилась с использованием набора для полногеномной амплификации «Picoplex WGA kit». Продукты полногеномной амплификации использовались как для определения отцовства, так и для проведения ПГД хромосомных аномалий. Сперва была проведена ПГД методом сравнительной геномной гибридизации и эмбрионы с выявленными хромосомными нарушениями были исключены из дальнейшего исследования. Генотипирование проводили методом фрагментного анализа по полиморфным маркерам, входящим в набор для определения отцовства «COrDIS Plus». Перед началом работы была проведена валидация этого набора для работы с продуктами полногеномной амплификации WGA. Для валидации была использована референсная ДНК и независимые контроли, и были отобраны успешно амплифицирующиеся маркеры. При отборе маркеров учитывалась только интенсивность сигнала. Отбор маркеров из состава тех, что входят в набор «COrDIS Plus», потребовался в связи с особенностью биоматериала. Известно, что при полногеномной амплификации в получаемом продукте не полностью представлен геном исходной клетки. Считается, что эффективность WGA приблизительно равна 85%. Исходя из этого, можно предположить, что часть маркеров для определения отцовства попадают в область, плохо поддающуюся амплификации при помощи WGA. В результате для использования на продуктах WGA были выбраны маркеры D3S1358, TH01, D12S391, D1S1656, D10S1248, D18S51, D16S539, D8S1179, SE33.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ трех эмбрионов с помощью девяти вышеуказанных маркеров показал, что биологическое отцовство предполагаемого отца в отношении эмбрионов не исключается, так как было

обнаружено совпадение аллелей по всем девяти исследуемым локусам. Комбинированный индекс отцовства (PI) составил 697, 549, 1496 для каждого эмбриона соответственно. Вероятность отцовства составила 99,85%, 99, 81% 99, 93% для этих трех эмбрионов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Методы лабораторной диагностики позволяют решать задачу определения отцовства на доимплантационной стадии развития эмбрионов. Продукты полногеномной амплификации, рутинно получаемые в ходе ПГД методом сравнительной геномной гибридизации, могут быть использованы для этого исследования. Получаемые вероятность отцовства и комбинированный индекс отцовства соответствуют принятым уровням доказательности исследования.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОГО СКРИНИНГА МЕТОДОМ ВЫСОКОПРОИЗВОДИТЕЛЬНОГО СЕКВЕНИРОВАНИЯ (NGS)

Глинкина Ж.И., Младова Е.С., Овчинникова М.М., Высоцкий А.Ю.

ГК «Мать и Дитя», г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Методы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) прочно заняли свое место в лечении бесплодия. Исследования в области молекулярной биологии и накопленный опыт показали, что правильный хромосомный набор у эмбриона – главная составляющая в успехе проведения программы ЭКО. Исследования клеток неразвивающегося хориона, полученного от беременностей, наступивших в программе ВРТ, показало, что анеуплоидии могут быть представлены любой из 24 хромосом. В связи с этим, проведение преимплантационного генетического скрининга (ПГС), должно включать исследование всех 24 хромосом.

Одним из передовых методов, которые применяются в настоящее время для скрининга анеуплоидий в эмбрионе всех 24 хромосом, является метод высокопроизводительного секвенирования (NGS). Главное преимущество данного метода от других методов – исследование последовательности нуклеиновых кислот, что дает возможность более точно определять частичные делеции, дупликации, мозаицизм.

ЦЕЛЬ

Выявить уровень анеуплоидии методом высококопроизводительного секвенирования NGS у эмбрионов, полученных в программе ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методом NGS мы проанализировали 354 эмбриона от 133 женщин, средний возраст которых составлял 36,6 лет (±6 лет).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе эмбрионов патологические изменения были обнаружены в 62,7% случаев. В 51,4% случаях патология была выявлена по одной хромосоме, в 23,6% патология была выявлена по двум хромосомам, в 25% по трем и более.

Частота патологических изменений более 2 хромосом была статистически значимо выше в возрастной группе старше 40 лет по сравнению с группой до 35 лет (p=0,0412).

Наиболее часто патологические изменения наблюдались по 15, 16, 21 и 22 хромосомам.

В возрастной группе старше 40 лет частота мозаицизма была статистически значимо ниже по сравнению с группами до 35 и 35–40 лет (p<0,01), а частота трисомий в старшей возрастной группе была наиболее высокой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявленные хромосомные аномалии у эмбрионов указывают на то, что ПГС должна стать неотъемлемой частью программы ВРТ, т к может повысить эффективность программы в разы и является хорошим профилактическим

мероприятием по рождению ребенка с генетической патологией.

РОЛЬ МАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В КРОВИ И ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ЖИДКОСТИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Иванча К.А., Сыркашева А.Г., Володина М.А., Пятаева С.В., Суханова Ю.А., Высоких М.Ю., Калинина Е.А., Долгушина Н.В.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Прогнозирование исходов программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) является актуальной проблемой, решение которой позволит оптимизировать лечение бесплодия. Качество ооцитов является основным фактором, определяющим эффективность программ ВРТ.

Фолликулярная жидкость отражает влияние на качество ооцитов внешних факторов. Развитие оксидативного стресса может приводить к повреждению различных клеточных компартментов, при этом влияние оксидативного стресса на процессы фолликулогенеза и ооогенеза на сегодняшний день изучено недостаточно.

ЦЕЛЬ

Оценить информативность маркеров оксидативного стресса в крови и фолликулярной жидкости пациенток в прогнозировании исходов программ ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное когортное исследование были включены 108 супружеских пар с бесплодием различного генеза. В зависимости от наступления клинической беременности в результате изученного цикла ВРТ все пациентки были разделены на 2 группы – группу 1 составили 38 пациенток с наступившей клинической беременностью, группу 2–70 женщин с отсутствием беременности в результате цикла ВРТ. Стимуляцию суперовуляции во всех случаях проводили по протоколу с антагонистами гонадотропин рилизинг-гормона (ант-ГнРГ). В плазме крови оценивали ферментативную активность каталазы и концентрацию малонового диальдегида (МДА), в цельной крови GSH|GSSG. В фолликулярной жидкости измеряли ферментативную активность каталазы и концентрацию МДА.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке параметров оксидативного стресса отмечено что уровень МДА в крови пациенток был значимо выше в группе 2 и составил (4,9±0,7) по сравнению с (4,5±0,7) в группе 1, p=0,0473. При этом ферментативная активность каталазы не различалась в группах сравнения, как и соотношение восстановленного глутатиона к окисленному глутатиону. Не было выявлено значимых различий между содержанием маркеров оксидативного стресса и параметрами антиоксидантной системы в фолликулярной жидкости пациенток обеих групп.

В группе женщин с наступившей беременностью уровень МДА не имел корреляционной связи с другими маркерами оксидативного стресса. Ферментативная активность каталазы имела пограничено значимую слабую отрицательную корреляционную связь с уровнем МДА в крови (p=0,0971). Интересно отметить, что уровень МДА в крови не коррелировал с уровнем МДА в фолликулярной жидкости (p=0,7551).

Затем были оценены факторы, коррелирующие с уровнем МДА у пациенток, у которых в результате изученного цикла ВРТ беременность не наступила. Уровень МДА в крови имел статистически значимую сильную положительную корреляционную связь с уровнем МДА в фолликулярной жидкости (r= 0,703, p<0,0001) и статистически значимую отрицательную корреляционную связь с ферментативной активностью каталазы в фолликулярной жидкости (r= -0,319, p=0,0455).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные свидетельствуют о нарушении адаптивного ответа антиоксидантной

системы у женщин с ненаступившей беременностью, что приводит к развитию системного окислительного стресса, затрагивающего, в том числе фолликулы, и ухудшению качества гамет.

Таким образом, проявления системного оксидативного стресса могут приводить к неудачам экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), что реализуется, вероятнее всего, за счет снижения качества ооцитов и эмбрионов. В пользу данной гипотезы свидетельствует тот факт, что у пациенток с неудачами ЭКО уровень маркеров оксидативного стресса был значимо выше в крови пациенток, что оказывало влияние на уровень прооксидантов в фолликулярной жидкости.

АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PON1 GLN192ARG С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПАТОСПЕРМИИ

Ломтева С.В., Савикина К.Г., Машкина Е.В., Шерчкова Т.А., Шкурат Т.П.

Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди генов антиоксидантной защиты наибольший интерес представляет ген параоксоназы-1, поскольку именно через параоксоназу опосредуется антиокислительное действие липопротеинов высокой плотности на окисленные липиды низкой плотности. Показана внутриклеточная локализация белка PON1 в семенниках мыши, в том числе в сперматогониях, сперматоцитах, сперматидах, клетках Сертоли и Лейдига (Marsillach e.a., 2008). У пациентов с патологическими параметрами спермы снижена активность параоксоназы-1 (Lazaros e.a., 2011). Выявлено снижение жизнеспособности сперматозоидов у лиц, контактирующих с вредными факторами производства и имеющих полиморфизмы гена PON1 (Padungtod et al, 1999). Во многих исследованиях показаны ассоциации структурных вариантов гена PON1 с мультифакторными заболеваниями, в частности с сердечно-сосудистыми (Ruiz e.a., 1995; Нгуен Тхи, 2012; Беличенко и др. 2013).

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования было изучение частот распространения полиморфизмов гена PON1 Gln192Arg у жителей Ростовской области и анализ его ассоциаций с различными типами патоспермии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По результатам анализа спермограмм пациентов, проходивших обследование в «Центре репродукции человека и ЭКО» на основании руководства ВОЗ (2010) нами были сформированы следующие группы: нормозооспермия, контрольная группа (n=50), олигозооспермия (n= 40) и астенозооспермия (n=39). Для выявления полиморфных вариантов гена PON1 Gln192Arg проводили ПЦР, используя прямой праймер 5′TATTGTTGCTGTGGGACCTGAG3′; обратный праймер 5′– CACGCTAAACCCAAATACATCTC3′.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Генотипическая структура популяции по полиморфизму гена PON1 Gln192Arg у жителей Ростовской области 30% Gln Gln: 18% Gln Arg: 2% Arg Arg, подчиняется равновесию Харди-Вайнберга. Частота мутантного аллеля 192Arg у жителей ростовской области q =0,22. Схожая частота данного полиморфизма регистрируется в популяции русских Иркутской области, сербов и хорватов (q =0,29; q =0,23; q =0,23 соответственно) (Колесникова и др., 2013; Mitra. et al., 2015). В популяции бурятов Иркутской области, алтайцев и хакасов Алтайского края, различных племен индийской популяции частота аллеля 192Arg более чем в два раза выше, и регистрируется в пределах 0,43–0,59 (Колесникова и др, 2013; Солопёкин, Лавряшина, 2016; Pejin-Grubiša e.a., 2010). Прослеживаются межэтнические различия по частотам аллелей полиморфных маркеров гена PON1. У пациентов с олигозооспермией обнаружено увеличение частоты мутантного аллеля (q =0,32) и уменьшение числа гетерозигот. Структура генотипов 40% GlnGln: 55% GlnArg: 5%ArgArg. При астенозооспермии частота мутантного аллеля достоверно не отличается от контрольной группы (q =0,17), структура генотипов 69% GlnGln: 28%GlnArg: 3% ArgArg.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие полиморфизма PON1 Gln192Arg ассоциировано с возникновением олигозооспермии у гетерозигот по мутантной аллели.

Работа выполнена на оборудовании ЦКП «Высокие технологии» ЮФУ, в рамках в рамках проектной части государственного задания в сфере научной деятельности Министерства образования и науки РФ №6.703.2014/К.

ВЛИЯНИЕ КЛЕТОК ТРОФОБЛАСТА НА ПРОЛИФЕРАТИВНУЮ АКТИВНОСТЬ NK-КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЖЕНЩИН ВНЕ И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Михайлова В.А., Викнянщук А.Н., Михайлова Е.А., Сельков С.А., Соколов Д.И.

ФГБНУ «НИИ АГ и Р им.Д.О.Отта», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Формирование и регуляция иммунологической толерантности в системе мать-плацента-плод во многом связана с присутствующими в эндометрии и децидуальной оболочке лейкоцитами. Одной из основных популяций лейкоцитов, присутствующих в эндометрии, являются NK-клетки, количество которых изменяется в ходе менструального цикла (МЦ). В первом триместре беременности NK-клетки составляют до 70% лейкоцитов децидуальной оболочки. Взаимодействие NK-клеток и клеток трофобласта является неотъемлемым процессом, способствующим формированию и развитию плаценты. В настоящее время механизмы, вызывающие изменение количества NK-клеток в зоне маточно-плацентарного контакта четко не определены.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилась оценка влияния клеток трофобласта линии JEG-3 на пролиферативную активность NK-клеток при беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 59 женщин (20 здоровых небеременных женщин в пролиферативной фазе МЦ, 19 здоровых небеременных женщин в секреторной фазе МЦ, 20 беременных женщин на сроке 6–7 недель с физиологическим течением беременности (ФБ). В исследовании использовали периферическую кровь пациенток из локтевой вены и клетки трофобласта линии JEG-3.

Мононуклеары выделяли стерильно и инкубировали в присутствии клеток трофобласта в атмосфере 100% влажности и 5% CO2 при 37°C в течение 6 суток. В часть лунок вносили рекомбинантный IL-2 («Ронколейкин», Биотех, Россия) (200 МЕ/мл). Затем клетки фиксировали и пермеабилизировали (коммерческий набор Cytofix/Cytoperm (BD, США)). Клетки также окрашивали антителами к CD45, CD56, CD3 и внутриклеточному маркеру пролиферации Ki-67 (BD, США). Анализ флуоресценции NK-клеток проводили при помощи проточного цитофлуориметра FACS Canto II (BD, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что при культивировании мононуклеаров периферической крови в присутствии IL-2 во всех исследуемых группах интенсивность экспрессии NK-клетками Ki-67 была выше по сравнению со спонтанным уровнем. Спонтанный уровень экспрессии NK-клетками группы женщин с ФБ Ki-67 был в 2 раза выше по сравнению с группами небеременных женщин в пролиферативной и секреторной фазах МЦ. В присутствии IL-2 интенсивность экспрессии Ki-67 NK-клетками группы женщин с ФБ была в 5 раз выше по сравнению с группами небеременных женщин в пролиферативной и секреторной фазах МЦ.

Интенсивность экспрессии NK-клетками, стимулированными IL-2, маркера пролиферации Ki-67 была ниже в присутствии клеток трофобласта по сравнению с таковой при стимуляции IL-2 в отсутствии клеток трофобласта во всех исследуемых группах. Данное ингибирующее действие клеток трофобласта было выражено слабее в отношении NK-клеток группы небеременных женщин в секреторной фазе МЦ по сравнению с группой небеременных женщин в пролиферативной фазе МЦ.

В присутствии клеток трофобласта линии JEG-3 интенсивность экспрессии Ki-67 стимулированными IL-2 NK-клетками группы женщин с ФБ была ниже по сравнению с таковой при культивировании без клеток трофобласта в присутствии IL-2. Однако интенсивность экспрессии Ki-67 в данном случае была в 5 раз выше по сравнению с группой небеременных женщин в пролиферативной фазе МЦ и примерно в 3,5 раза выше по сравнению с группой небеременных женщин в секреторной фазе МЦ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, клетки трофобласта линии JEG-3 модулируют спонтанную и индуцированную IL-2 пролиферативную активность NK-клеток периферической крови небеременных и беременных женщин.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ВЫПОЛНЕНИЯ БИОПСИЙ ЭМБРИОНОВ

Мусатова Е.В., Ковалева Я.В., Сергеев С.А., Померанцева Е.А.

ООО «Центр Генетики и Репродуктивной Медицины «ГЕНЕТИКО», г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Биопсия эмбриона является важным этапом, обеспечивающим возможность проведения преимплантационной генетической диагностики (ПГД). Качество выполнения биопсии непосредственно определяет не только возможность проведения дальнейшего анализа, но и точность получаемых результатов. Тестовая биопсия, осуществляемая эмбриологом еще до получения биопсийного материала для ПГД, отражает навыки работы конкретного специалиста и может позволить оценить вероятность возникновения ошибок при проведении биопсий в ходе дальнейшей работы.

ЦЕЛЬ

С целью оценки качества работы тестовые биопсии выполнили 35 эмбриологов из различных клиник, руководствуясь полученной инструкцией по правилам сбора и маркировки биопсийного материала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках тестовых биопсий был получен материал 304 эмбрионов (107 образцов бластомеров и 197 образцов трофэктодермы). В среднем на каждого эмбриолога пришлось по 6,7 (± 2,4) тестовых образцов. В ходе дальнейшей работы эмбриологов в рамках биопсий эмбрионов, выполненных для ПГД, получено 1675 образцов (170 образцов бластомеров и 1505 образцов трофэктодермы). Была осуществлена полногеномная амплификация ДНК биопсийного материала с положительными и отрицательными контролями. С целью визуализации продуктов полногеномной амплификации проводился электрофорез в агарозном геле с последующей оценкой прохождения амплификации в опытных образцах и положительных контролях, а также определением чистоты отрицательных контролей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ данных тестовых биопсий выявил отсутствие амплификации 14% образцов бластомеров и 8% образцов трофэктодермы. Контаминация биопсийного материала зафиксирована в 12% случаев при биопсий бластомеров и в 8% случаев при биопсий трофэктодермы. 31 эмбриолог получил удовлетворительные результаты тестовых биопсий после первого выполнения; 4 эмбриолога не были допущены до выполнения биопсий для ПГД после первой попытки тестовой биопсии, двое из них выполнили тестовую биопсию со второго раза. При выполнении биопсий эмбрионов для ПГД были получены следующие результаты. Отсутствие амплификации материала бластомеров наблюдалось в 8% случаев, а трофэктодермы – в 5%. Контаминация при биопсии бластомеров отмечена в 1,2% случаев, а при биопсии трофэктодермы – в 3,45%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценка качества выполнения биопсии эмбриона является неотъемлемой процедурой при проведении ПГД и позволяет не только оценить, но и улучшить качество биопсии. Анализ факторов, влияющих на качество осуществления биоп-

сии, дает полезную информацию для организации практической работы эмбриологов.

АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ ВИТАМИНА Д В КРОВИ С ИСХОДАМИ ЦИКЛОВ ПЕРЕНОСА КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ / РАЗМОРОЖЕННЫХ ЭМБРИОНОВ В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Наими З.М.С., Калинина Е.А., Донников А.Е., Алиева К.У.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы отмечается значительный прогресс в создании новых стратегий, позволивших уменьшить число неудач в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Для дальнейшего совершенствования этого направления необходим поиск оптимальных биомаркеров, которые позволили бы оценить процесс имплантации эмбриона и повысить эффективность циклов ЭКО. На сегодняшний день существуют данные о влиянии витамина D на эффективность программ ВРТ. По данным ряда исследований витамин D непосредственно влияет на процессы, участвующие в реализации репродуктивной функции женщины, в частности на имплантацию эмбриона. На женскую фертильность влияние оказывает витамин D3. Рецепторы к витамину D присутствуют во всех репродуктивных тканях, включая эндометрий, миометрий, яичники, цервикальный канал.

ЦЕЛЬ

Изучить влияние уровня витамина D в крови на имплантацию эмбриона и эффективность циклов переноса криоконсервированных / размороженных эмбрионов в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 111 пациенток, у которых беременность не наступила в стимулированном цикле и они продолжили лечение бесплодия методом переноса криоконсервированных / размороженных эмбрионов. Все женщины соответствовали критериям включения: возраст 18–37 лет, женское бесплодие трубного происхождения, мужской фактор бесплодия с невыраженной патозооспермией, регулярный менструальный цикл. Критериями исключения явились: эндокринный фактор бесплодия, эндометриоз III-IV степени распространения, генетические аномалии, пороки развития половых органов и другие. У всех пациенток был определен уровень 25-гидроксивитамина D в сыворотке крови в день проведения переноса криоконсервированных / размороженных эмбрионов. В зависимости от уровня витамина D женщины были разделены на 3 группы: I группа – с дефицитом витамина D в крови (<10 нг/мл), II группа – с недостаточностью витамина D в крови (10–29 нг/мл), III группа – с нормальным уровнем витамина D в крови (30–100 нг/мл).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В I группе с дефицитом 25-OH D произошла имплантация эмбриона и наступила клиническая беременность у 5 пациенток, что составило 38,5%, во II группе беременность наступила у 40 пациенток, что составило 53,3%, в III группе – у 17 пациенток, что составило 73,9%. При переносе криоконсервированных/размороженных эмбрионов в циклах без стимуляции суперовуляции наблюдалась прямая связь нормального уровня витамина D в сыворотке крови с увеличением эффективности в программах ВРТ, т.е. наибольшая частота наступления клинической беременности наблюдалась в группе с нормальным уровнем витамина D.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В циклах без стимуляции суперовуляции с переносом криоконсервированных / размороженных эмбрионов нормальный уровень витамина D в крови ассоциирован с успешной имплантацией эмбриона и повышением частоты наступления клинической беременности, и как следствие, с увеличением эффективности программ ВРТ.

ВАЖНОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА У МУЖЧИН ПЕРЕД ВРТ

Петрищев В.С.

Группа компаний «Мать и Дитя», Перинатальный Медицинский Центр, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Тяжелое мужское бесплодие может быть связано с генетическими нарушениями, такими как аномалии кариотипа, делеции Y хромосомы, мутации гена кистозного фиброза (CFTR) и другими. Эти аномалии могут быть переданы потомству при использовании ИКСИ. Во многих странах с целью профилактики неблагоприятных исходов выполняется генетическое тестирование и консультирование пациентов перед ВРТ.

ЦЕЛЬ

Обзор литературы для изучения текущей практики генетического тестирования пациентов перед ИКСИ; оценка частоты выявления генетических аномалий у пациентов с тяжелым мужским бесплодием перед ИКСИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Поиск источников проводился по ключевому запросу в сети Интернет «генетическое тестирование перед ВРТ». Для изучения встречаемости генетических факторов мужского бесплодия анализировалась база данных медико-генетической лаборатории GENETICO.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ведущие профессиональные сообщества рекомендуют проводить исследование кариотипа у пациентов с концентрацией сперматозоидов ниже 5 млн (ASRM, EAA, 2006).

Основные положения консенсуса, выработанного международной группой экспертов (Risks and complications in assisted reproduction techniques: Report of an ESHRE consensus meeting, 2003). следующие:

– пациенты с тяжелой патологией спермы, планирующие ВРТ, должны быть информированы о генетических рисках для потомства и целесообразности генетического консультирования;

– в случае тяжелого мужского бесплодия генетическое обследование должно стать рутинной частью ведения пациентов;

– с учетом клинических данных пациентов, должно быть выполнено а) исследование кариотипа при необструктивной азооспермии и олигозооспермии, < 5,0 млн/мл; б) тестирование на CFTR при указании на обструктивную азооспермию; с) тестирование на микроделеции Y хромосомы при необструктивной азооспермии и олигозооспермии, ≤ 1,0 млн/мл.;

– при выявлении генетической аномалии должно быть предложено генетическое консультирование.

По данным лаборатории GENETICO, было обследовано 88 пациентов – кандидатов на ИКСИ. Исследование выполнялось методом ПЦР в микрофлюидных планшетах с использованием TaqMan проб. Микроделеций в локусе AZF и мутаций в генах DNAI1, KAL1, AMHR2 выявлено не было. Частота выявления мутаций в гене кистозного фиброза составила 9,1% (8/88), при этом 5T вариант был выявлен в 6,8% (6/8) Были обнаружены мутации dele2,3 в 12,5% (1/8), p.D1152H 12,5% (1/8), p.R117H 12,5% (1/8). Длинные аллели в гене AR более 26 повторов, приводящие к снижению чувствительности к андрогенам и снижению сперматогенеза, были выявлены у 6 пациентов (6,8%). У одного пациента мутация в гене CFTR была ассоциирована с длинным аллелем в гене AR.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты текущих исследований демонстрируют увеличение генетических аномалий у пациентов, с показаниями для ИКСИ в сравнении с популяционной частотой. Это обуславливает риск неблагоприятных исходов у потомства после ВРТ. В этой связи, хорошей клинической практикой является информировать о повышенном относительном риске генетических аномалий у потомства, и целесообразности проведения генетического тестирования и генетического консультирования в случае выявления аномалий. Объем обследования определяется клинической ситуацией и может включать исследование кариотипа, тестирование на делеции Y-хромосомы, мутации гена кистозного фиброза (CFTR) и другие специфические тесты при необходимости.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРСТИМУЛЯЦИЕЙ ЯИЧНИКОВ

Сагамонова К.Ю., Клепикова А.А., Арабаджан С.М., Пивоварчик С.Н.

ООО «Центр репродукции человека и ЭКО», г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) является ятрогенным системным заболеванием, в основе которого лежит нейрофизиологическая реакция яичников на фоне стимуляции суперовуляции. Интенсивное развитие новейших вспомогательных репродуктивных технологий с использованием современных протоколов стимуляции увеличивает риск развития СГЯ, что рассматривается как потеря контроля над проводимой гиперстимуляцией яичников. Контролируемая гиперстимуляция яичников, характеризующаяся некоторым увеличением размеров яичников и изменением биохимических показателей крови, и не требующая интенсивных лечебных мероприятий, наблюдается в подавляющем большинстве циклов стимуляции. Однако, в 0,2–14% случаев встречаются случаи тяжелого СГЯ. Тяжелые формы СГЯ характеризуются широким спектром клинико-лабораторных проявлений: гемоконцентрация, гиповолемия, гиперкоагуляция, гипопротеинемия, электролитный дисбаланс, развитием асцита, гидроторакса, гидроперикарда и тромбоэмболии магистральных сосудов. Проводимая коррекция нарушений метаболизма при тяжелых формах СГЯ не всегда эффективна. Причем наибольший риск, наряду с гиповолемией и полисерозитами приобретает выраженная гиперкоагуляция, которая несмотря на введение максимальных доз низкомолекулярных гепаринов не всегда поддается коррекции.

ЦЕЛЬ

Выявить степень нарушения системы гемостаза у пациенток с тяжелыми формами синдрома гиперстимуляции яичников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 17 пациенток с тяжелой формой СГЯ. У всех исследовали, наряду с общим анализом крови и биохимическими показателями параметры гемостаза. Все пациентки получали комплексную интенсивную терапию согласно Федеральным рекомендациям (инфузионная терапия – кристаллоиды и коллоиды, коррекция гипопротеинемии, нутритивная поддержка, эвакуация асцитической жидкости), эффективную и безопасную дозу НМГ подбирали индивидуально, в зависимости от массы пациента и титровали по уровню анти-Ха-фактора активности плазмы крови, и вводили подкожно с интервалом в 12 часов (стартовая доза для фраксипарина составляла 150 анти-Ха МЕ/кг, для клексана – 1 мг/кг).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех обследуемых были выявлены выраженная гемоконцентрация, о чем свидетельствовали показатели гематокрита до 51%, лейкоцитов до 21 109/л, тромбоцитов до 354 109/л, гипопротеинемия до 47г/л и гипоальбуминемия до 29 г/л, умеренные нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-основного состава крови, а также выраженная стойкая гиперкоагуляция, которая выявила наиболее изменяемые показатели гемостаза (уровень фибриногена до 6–7 г/л, РФМК до 12 мг, Д-димер до 6500 нг/мл). Другие показатели гемостаза были в пределах нормальных значений. На фоне проведенного лечения с использованием максимальных дозировок НМГ наблюдалась волнообразная динамика параметров гемостаза в течение 12–18 дней, после которых отмечалась медленная положительная динамика всех показателей свертывания на фоне улучшения других клинико-лабораторных показателей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ проведенных исследований свидетельствует о том, что длительная и малоэффективная терапия СГЯ тяжелой степени, даже при полноценном комплексе проводимых лечебных мероприятий повышает вероятность усугубления тяжести СГЯ и развития грозных осложнений. Применение НМГ в максимальной лечебной дозе не всегда позволяют достичь необходимого эффекта нормализации показателей гемостаза,

но профилактируют развитие более грозного осложнения тромбоэмболии магистральных сосудов.

ПОДГОТОВКА К ПРОГРАММАМ ВРТ ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ В СОЧЕТАНИИ С ВАГИНАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ

Серебренникова К.Г., Аглямова Д.Р., Иванова Т.В.

ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Росздрава, г. Москва, ФГБУЗ «Центральная клиническая больница» РАН, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время одной их актуальных проблем в амбулаторно-поликлинической практике является проблема реализации репродуктивной функции у женщин после применения различных методов лечения патологии шейки матки. Большое значение имеет не только ранняя диагностика заболеваний шейки матки, проведение своевременного лечения, которое должно быть радикальным и бережным с сохранением анатомо-функциональной полноценности шейки матки, что в значительной степени определяет состояние репродуктивной системы.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилась оценка эффективности использования препарата Ломексин у пациенток с вагинальным кандидозом перед проведением фотодинамической терапии (ФДТ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено исследование эффективности ФДТ при патологии ШМ у пациенток с бесплодием репродуктивного возраста. В исследуемую группу включено 120 пациенток (средний возраст пациенток – 31,72±3,7 лет). По цитологическому заключению у 62 пациенток была выявлена – low grade squamous intraepithelial lesion (51,7%) и у 58 пациенток (48,3%) выявлены фоновые заболевания ШМ: по цитологическому заключению – atypical squamous cells undertermined significance, по клинической картине: цервицит – у 28 пациенток, лейкоплакия – у 4-х пациенток, эктопия – у 26-ти. При анализе репродуктивной функции первичное бесплодие было выявлено у 52 пациентки, вторичное – у 68.

Всем пациенткам проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, по результатам которого у 38 пациенток был выявлен вагинальный кандидоз, в связи с чем, им была проведена местная медикаментозная терапия препаратом Ломексин, в виде вагинальных свечей – 600 мг, 2-х кратным введением с интервалом в 3 дня. Лазерное воздействие на ШМ осуществлялось в первую фазу менструального цикла через 2 часа после внутривенного введения ФС Фотодитазин в дозе 0,5 мг/кг веса с использованием аппарата «Лами». Длина волны излучения 662 нм, плотность энергии 80–250 Дж/см2, время воздействия от 8 до 20 минут.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам проведенного лечения осложнений не было отмечено, пациентки хорошо переносили сеанс терапии. В период проведенного лечения пациентки отмечали незначительные тянущие боли в нижних отделах живота. Начало краевой эпителизации у пациенток наблюдалось на 5–6 сутки, а полная эпителизация через 4 недели. У 36 пациенток эффект от проводимой ФДТ достигнут в полном объеме, у 2 пациенток терапия без эффекта. Благодаря значительному сокращению реабилитационного периода при проведении ФДТ патологии ШМ, проведение методов ВРТ возможно уже через 2–3 месяца. В ходе исследования, при проведении программ ЭКО и ПЭ нами не отмечено ни одного осложненного случая трансцервикального переноса эмбрионов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, использование препарата Ломексин у пациенток с вагинальным кандидозом перед проведением ФДТ шейки матки является высокоэффективным и значительно сокращает сроки подготовки к процедуре ФДТ и, соответственно, к проведению программы ВРТ.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Серебренникова К.Г., Твердикова М.А., Акопов К.О., Кацалап С.Н., Гевондян Н.М.,

ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Росздрава, г. Москва; ФГБУЗ «Центральная клиническая больница» РАН, г. Москва; Учреждение Российской академии наук Институт биоорганической химии им. академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН (ИБХ), г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время фотодинамическая терапия (ФДТ) является одним из перспективных методов лечения патологии эндометрия у пациенток с бесплодием.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось изучение возможностей метода ФДТ с использованием фотосенсибилизатора – фотодитазина в лечении патологии эндометрия у пациенток с бесплодием

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено обследование и лечение 78 пациенток в возрасте от 23 до 45 лет, с морфологически верифицированным диагнозом хронический эндометрит (ХЭ). Пациентки разделены на три группы. I группа (n=25) – проводилась ФДТ патологии эндометрия, II группе (n=35) – после проведенной ФДТ патологии эндометрия пациентки получали циклическую гормональную терапию, пациентки III группы (n=18) в рамках подготовки к протоколу ВРТ получали только гормональную терапию. С целью подготовки к проведению ФДТ пациенткам была выполнена гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки, с последующим гистологическим исследованием материала. Всем пациенткам проводился забор крови непосредственно перед процедурой ФДТ, через сутки, через 30 и 60 суток после ФДТ для определения функциональной активности В-системы иммунитета путем оценки авидитета секретируемых антител. Для проведения процедуры использовали внутриматочный баллонный световод – КОВБ 660 (ООО «ГАУС»). Удельная доза лазерного излучения составила 80–110 Дж/см. В процессе лазерного воздействия с интервалом 5–7 минут производилось УЗ исследование вагинальным датчиком.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведения иммуногистохимического исследования выявлено достоверное нарушение стероидной рецептивности эндометрия у пациенток с хроническим эндометритом (p=0,008). Уровень экспрессии рецепторов прогестерона в железах эндометрия был значительно ниже уровня экспрессии альфа-рецепторов эстрогена, кроме того, в строме эндометрия также выявлены низкие уровни рецепции к прогестерону (p=0,001). Пациентки II группы через 1 месяц после ФДТ получали циклическую гормональную терапию с использованием накожного 17 β-эстрадиола (дивигель) и прогестагена. При анализе данных авидитета у всех пациенток с хроническим эндометритом и бесплодием выявлено снижение количества антител имеющих высокий авидитет. Вторым этапом, направленным на восстановление репродуктивной функции, явилось включение всех пациенток в программу ЭКО и ПЭ. У 78 пациенток проведено 104 цикла ССО. Перенос эмбрионов в полость матки осуществлен во всех циклах стимуляции. Среднее количество ооцитов, полученных у пациенток на цикл стимуляции в группах достоверно не отличалось, составило 6,8±2,4, 6,4±2,6, 5,9±1,9 соответственно. Частота наступления беременности на перенос эмбрионов группах составила 32,7%, 38,2% и 33,4% соответственно. Эмбриологические результаты: Степень зрелости ооцитов: M II – 71,1%, 74,6% и 72,1% в исследуемых группах, эмбрионы качества A-B через 72 часа:– 40,1%, 42,4% и 39,3%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ФДТ при патологии эндометрия у пациенток с бесплодием является эффективным и перспективным методом лечения, улучшающим исходы протоколов ВРТ.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ В ПРОГРАММАХ ВРТ

Серебренникова К.Г., Твердикова М.А., Иванова Т.В., Ванке Е.С.

ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Росздрава, г. Москва; ФГБУЗ «Центральная клиническая больница» РАН, г. Москва; Учреждение Российской академии наук Институт биоорганической химии им. академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН (ИБХ), г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проведение прегравидарной подготовки позволяет увеличить процент наступления беременности в протоколах ВРТ и снизить риск ее осложнений.

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности прегравидарной подготовки в комплексе с использованием эстрогенового прайминга перед проведением программ ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клиническое исследование включало 150 пациенток с бесплодием. Критерии включения в исследование: возраст ≥40 лет либо любой другой фактор риска «бедного ответа» (резецированные яичники и т.д.); «бедный ответ» на стандартную (обычную) стимуляцию яичников в анамнезе (≤3 ооцитов при использовании стандартного протокола стимуляции); снижение показателей маркеров овариального резерва (КАФ 5–7 или АМГ 0.5–1.1 ng/ml). Пациентки разделены на 2 группы: I – ретроспективная – 58 пациенток (прегравидарная подготовка не проводилась), II – проспективная – 72 пациентки (прегравидарная подготовка проводилась). Прегравидарная подготовка включала препараты, влияющие на физиологическое улучшение рецепрокных взаимоотношений репродуктивной системы (фолиевая кислота, омега 3, витамин B12, витамины группы D – кальциферолы, Прегнотон, микронутриенты – Миоинозитол, Спематон/Сперотон, антибактериальная терапия с учетом чувствительности выделенной микрофлоры, профилактика вагинального кандидоза, системная энзимотерапия, противовирусная терапия, физиотерапия). В лютеиновую фазу цикла, предшествующего циклу ССО, пациенткам II группы проводили эстрогеновый прайминг с использованием препарата Дивигель 2 мг в сутки трансдермально до 3-го дня м.ц., далее протокол стимуляции как принято в центре для пациенток с бедным овариальным ответом.

Гормональная терапия: ЗГТ (низкие дозы) – 17-β эстрадиол трансдермально, прогестины с 16-го по 25-й день менструального цикла, пациенткам в II группе проведено иммуногистохимическое исследование эндометрия. Показанием для назначения гормонотерапии явилось нарушение эхо-структуры эндометрия по данным УЗИ и стероидной рецепции (железы, строма) белок Ki-67. Оплодотворение проводилось методами ЭКО и ИКСИ. Конечный этап исследования – анализ частоты наступления беременности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность бесплодия в исследуемых группах в среднем составила 6,6±0,66 лет, 5,6±0,74 лет, и 4,1±0,77 года (соответственно). В I и II группах чаще было выявлено первичное бесплодие, в 36 (62,1%) и 27 (51,9%) случаях соответственно. Эндокринное бесплодие наблюдалось у 46 (79,3%) и 46 (88,5%) пациенток исследуемых групп. При тщательном анализе было выявлено, что у большинства пациенток в обеих группах менструации были скудными. При оценке овариального резерва было выявлено его снижение. Проведенная прегравидарная подготовка позволила увеличить процент наступления беременности в 2 раза во II группе. Также, при проведении прегравидарной подготовки в протоколе ВРТ (II группа) использованы более низкие дозы гонадотропинов, получено большее число зрелых ооцитов и бластоцист, по сравнению с I группой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, комплексная прегравидарная подготовка с использованием эстрогенового прайминга, восстановление нормобиоциноза влагалища и гормональной терапией, позволяет не только увеличить процент наступления беременности, но и снизить риск осложнений бере-

менности, и, тем самым, повлиять на перинатальные и младенческие потери.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ ООЦИТОВ В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Сыркашева А.Г, Наими З.М.С., Казакова В.В., Долгушина Н.В., Калинина Е.А.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным литературы, агрегаты гладкого эндоплазматического ретикулума (аГЭР) в ооцитах являются неблагоприятным прогностическим признаком в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Дефицит витамина Д – состояние, широко распространенное во всем мире. Определено негативное влияние дефицита витамина Д на репродуктивную систему человека. У пациенток со сниженным уровнем витамина Д эффективность программ ВРТ, как правило, ниже. Известно влияние витамина Д на рецептивность эндометрия, параметры фолликулогенеза, гормональный профиль, однако его воздействие на качество и морфологию ооцитов остается практически не изученным.

ЦЕЛЬ

Оценить взаимосвязь между уровнем витамина Д и морфологией ооцитов (наличием аГЭР в цитоплазме ооцитов) в программах ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное когортное исследование были включены 48 пациенток, группу 1 составили 11 пациенток с аГЭР в цитоплазме ооцитов, группу 2 – 37 пациенток с морфологически нормальными ооцитами.

Программа экстракорпорального оплодотворения / интрацитоплазматической инъекции сперматозоида (ЭКО/ИКСИ) во всех случаях проведена по протоколу с антагонистами гонадотропин рилизинг-гормона, согласно принятой методике. Наличие аГЭР в цитоплазме ооцитов оценивал эмбриологи во время ИКСИ. Уровень витамина Д в крови пациенток оценивали в день трансвагинальной пункции фолликулов методом иммуноферментного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациенток с аГЭР в цитоплазме ооцитов уровень витамина Д в крови был значимо ниже и составил 16,3±7,3 нг/мл и 27,8±9,9 нг/мл в группах 1 и 2, соответственно (p=0,0009).

В группе 1 было значимо больше пациенток с дефицитом витамина Д, то есть с уровнем витамина Д менее 20 нг/мл. Так в группе пациенток с аГЭР у 8 пациенток (72,7%) наблюдался дефицит витамина Д в сравнении с 7 пациентками (18,9%) в группе с морфологически нормальными ооцитами (p=0,0007).

Пациенток с достаточным уровнем витамина Д (более 30 нг/мл) было, наоборот, больше в группе контроля. В данной группе достаточный уровень витамина Д наблюдался у 15 женщин (40,5%), а в группе пациенток с аГЭР-ооцитами только у одной пациентки (9,1%), (p=0,0520). Число пациенток с недостаточным уровнем витамина Д (от 20 до 30 нг/мл) не имело значимого различия между группами сравнения (p=0,1734).

Не было выявлено корреляции между уровнем витамина Д и клинико-анамнестическими данными пациенток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Уровень витамина Д в сыворотке крови ниже у пациенток с аГЭР в ооцитах. Дефицит витамина Д чаще встречается в группе пациенток с аГЭР-положительными ооцитами, а достаточный уровень витамина Д – в группе пациенток с морфологически нормальными ооцитами. Учитывая негативное влияние цитоплазматических дисморфизмов ооцитов на исходы программ ЭКО, необходимо дальнейшее исследование взаимосвязи уровня витамина Д и морфологии ооцитов.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ПОВТОРНЫМИ НЕУДАЧАМИ ИМПЛАНТАЦИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ГИСТЕРОСКОПИИ

Усольцева Е.О., Ниаури Д.А., Джемлиханова Л.Х., Гзгзян А.М., Обидняк Д.М.

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, кафедра акушерства, гинекологи и репродуктологии, г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Под повторными неудачами имплантации чаще подразумевается две и более безуспешные программы ЭКО и/или цикла с переносом в полость матки криоконсервированных эмбрионов (ПЭ). Одним из направлений ведения пациенток с повторными неудачами имплантации является комплексная оценка состояния полости матки.

ЦЕЛЬ

Изучение особенностей влияния процедуры гистероскопии на исходы программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) у пациенток с повторными неудачами имплантации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включена 131 пациентка с повторными неудачами имплантации в анамнезе. Основную группу составили 63 пациентки, которым в рамках подготовки к программе ЭКО или ПЭ была проведена процедура гистероскопии. Контрольная группа состояла из 68 пациенток, прегравидарная подготовка которых не включала процедуру гистероскопии. Пациентки обеих групп были сравнимы по возрасту, ключевому фактору бесплодия и использованной программе ВРТ. Статистическую значимость различий рассчитывали с использованием t-критерия, различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Эффективность программ ВРТ у пациенток основной группы составила 49,21% и была достоверно выше, чем у пациенток контрольной группы – 27,94% ($p=0,012$). Одним из механизмов терапевтического влияния гистероскопии является выявление и коррекция внутриматочной патологии. Гистероскопия, проводимая в рамках подготовки к программам ВРТ у пациенток с повторными неудачами имплантации, позволила выявить внутриматочную патологию у 34,92% пациенток. Эффективность последующей программы ВРТ среди пациенток после хирургического лечения выявленной в ходе гистероскопии внутриматочной патологии составила 59,09%. У пациенток после диагностической гистероскопии с биопсией эндометрия беременность наступила в 43,90% случаев. Отсутствие статистически достоверных различий в частоте наступления беременности у пациенток после оперативной и диагностической гистероскопии ($p=0,26$) вынуждает к поиску других механизмов терапевтического влияния процедуры гистероскопии.

Повреждение эндометрия, которое осуществляется путем интраоперационной биопсии, может являться одним из компонентов терапевтического воздействия гистероскопии. В следующем после гистероскопии менструальном цикле беременность наступила у 50% вступивших в протокол пациенток. Через 3 месяца после гистероскопии кумулятивная эффективность программ ВРТ составила 50%, снижаясь до 43,33% к 6 месяцу.

Необходимо учитывать, что у 69,84% пациенток основной группы процедура гистероскопии производилась совместно с лапароскопией. Эффективность программ ВРТ у пациенток после гистероскопии, проведенной совместно с лапароскопией, составила 47,73%, у пациенток после проведения изолированной гистероскопии – 52,63%. Отсутствие достоверных различий ($p=0,73$) свидетельствует о том, что терапевтическое влияние гистероскопии у пациенток с повторными неудачами имплантации не связано с проводимыми в ходе лапароскопии оперативными вмешательствами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, включение гистероскопии в план обследования пациенток с повторными неудачами имплантации коррелирует с увеличением частоты наступления беременности. Комплексный терапевтический эффект гистероскопии складывается из выявления и коррекции внутриматочной патологии, эффекта контролируемого повреждения эндометрия, а также, возможно, за счет изменения состава внутриматочной среды.

ЗНАЧЕНИЕ СКРИНИНГА НА FMR1 ДЛЯ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ

Широкова Н.А., Померанцева Е.А.

ЦГРМ ИСКЧ, г. Железнодорожный

АКТУАЛЬНОСТЬ

Причиной преждевременного истощения яичников у 5% женщин является мутация (увеличение числа повторов) в гене FMR1. В литературе такое состояние также известно как Fragile X-associated primary ovarian insufficiency (FXPOI).

И эта же мутация определяет высокий риск рождения у таких женщин сыновей с синдромом Мартина-Белл (синдром ломкой Х-хромосомы). Мутация в FMR1 одна из самых частых генетических причин умственной отсталости и аутизма.

Знание о носительстве мутации влияет на тактику лечения (выбор протокола стимуляции) и позволяет семье принять меры, чтобы предотвратить рождение больного ребенка.

ЦЕЛЬ

Внедрение скринингового метода определения премутации и мутации в FMR1, снижающего необходимость использования дорогостоящего коммерческого набора AmplideX FMR1 PCR kit.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для валидации тест-системы использовалась ДНК 19 здоровых индивидов, 1 пациента с синдром Мартина-Белл и контрольная ДНК AmplideX® FMR1 Control. Для определения количества CGG повторов проводилась ПЦР с использованием генспецифичных праймеров для амплификации региона, и праймером, комплиментарный CGG участку с последующим разделением ампликонов путем капиллярного электрофореза в POP-4. Результаты сравнивались с данными полученными с использованием набора AmplideX FMR1 PCR kit.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 5'нетранслируемой области гена FMR1 содержится CGG триплет. Экспансия этого триплета в количестве 200 и более повторов приводит к инактивации гена FMR1 путем метилирования. У лиц с полной мутацией в гене FMR1 (>200 CGG повторов) часто выявляется синдром ломкой Х-хромосомы. Носители премутации (55–200 или 59–200) входят в зону риска по развитию синдрома преждевременного истощения яичников или синдрома тремора/атаксии, ассоциированому с ломкой Х-хромосомой. При премутации (60–200) риск экспансии увеличивается с увеличением количества повторов. При количестве повторов более 100 существует систематический риск экспансии в последующих поколениях.

Используемая тест-система позволяет достоверно амплифицировать FMR1 аллели размером до 80 CGG повторов. Результаты по количеству повторов для образов ДНК здоровых индивидов были идентичны для тест-системы и набора AmplideX FMR1 PCR kit. При использовании тест-системы для аллелей большей длины на электрофореграмме отсутствовали генспецифичные пики, но выявлялись характерные вторичные пики, образующиеся в результате реакции между CCG праймером, отжигающимся случайным образом на CGG повторах. Таким образом, предложенная система позволяет определять нормальное количество повторов в гене FMR1 и выявляет потенциальных носителей премутации/полной мутации. Если у женщины два аллеля в пределах нормы, то делается заключение, что образец мутацию не содержит. Если выявляется только один аллель, то необходимо повторить анализ с коммерческим китом AmplideX™ PCR Kit,

так как это может быть нормальная гомозигота или носительница премутации / полной мутации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложен метод выявления мутации в гене FMR1, который благодаря низкой себестоимости может быть использован для скрининга пациентов ВРТ с низким овариальным резервом. Скрининг выявляет группу риска – тех пациентов, у кого не удалось зафиксировать 2 аллеля, соответствующих нормальному размеру CGG повторов в гене FMR1. И уже таким пациентам рекомендовано проведение уточняющей диагностики при помощи набора AmplideX™ PCR Kit.

ТОНКИЙ ЭНДОМЕТРИЙ – АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ЭКО

Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю., Мишиева Н.Г., Абубакиров А.Н., Левков Л.А., Бурдули А.Г., Куземин А.А., Баранов И.И., Кулакова Е.В.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Толщина эндометрия является одним из наиболее важных факторов, влияющих на частоту наступления беременности в программах ЭКО. Для достижения беременности необходимо сочетание нормального эмбриона с высоким потенциалом имплантации и рецептивного эндометрия. Недостаточная толщина эндометрия является одной из причин сниженной частоты наступления беременности

ЦЕЛЬ

В результате многочисленных исследований в ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» удалось разработать новый метод лечения женщин с тонким эндометрием путем орошения полости матки смесью газов (CO2+N2), под воздействием которого происходит значительное усиление кровообращения в слизистой и увеличение толщины базального и функционального слоев. Целью нашего исследования являлась оценка эффективности применения газовой смеси (CO2+N2) в лечении тонкого эндометрия в процессе подготовки пациентки к программе ЭКО.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 160 пациенток с первичным или вторичным бесплодием и наличием «тонкого» эндометрия, не поддающегося лечению другими методами (гормональное, физиотерапевтическое). Пациенткам основной группы (n=130) проводили орошение эндометрия газовой смесью . женщинам контрольной группы (n=30) указанное воздействие не проводилось. Критерии включения: бесплодие; не менее двух неудачных циклов ЭКО; толщина эндометрия менее 7 мм в период переноса эмбриона. Статистическая обработка полученных данных: для определение различий по толщине эндометрия в исследуемой и контрольной группах применяли метод сравнения параметров по Стьюденту с использованием статистической программы Jump. Разницу считали значимой при $p<0.05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В основной группе до начала процедуры орошения эндометрия толщина последнего варьировала у различных пациенток от 2,7 мм до 6,8 мм (в среднем – 4,71±0.98 мм). После проведения трех орошений (CO2 и N2) толщина эндометрия в данной группе составила в среднем 9,18±1.23 мм (от 6,5 до 12,8 мм). В контрольной группе (без орошения) на 7-й день менструального цикла толщина эндометрия составляла в среднем 4,30±0.68 мм (от 3.4 до 5,7 мм). а к 13–15 дням цикла толщина эндометрия оставалась в пределах от 4.6 до 7,1 мм (средняя толщина 5,98±0.66 мм).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение процедуры орошения полости матки газовой смесью (CO2 и N2) у женщин с «тонким» эндометрием показало, что метод оказывает положительное воздействие, и у большинства пациенток наблюдается существенный рост эндометрия к концу периода проведения лечения.

Метод орошения эндометрия с целью стимуляции его роста достаточно прост и безопасен. Данный метод является видом амбулаторного лечения. Метод можно рекомендовать в качестве способа подготовки эндометрия к последующим переносам эмбрионов у пациенток с неуспешными попытками ЭКО, причиной которых явилось нарушение имплантации, обусловленное «тонким» эндометрием.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АКТИВНОСТИ ОВАРИАЛЬНОЙ АРОМАТАЗЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТОКОЛОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Яковлев П.П., Гзгзян А.М., Тарасова М.А., Коган И.Ю., Мюллер В.С., Лесик Е.А., Федорова И.Д., Комарова Е.М.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Известно, что основным ферментным комплексом конверсии андрогенов в эстрогены является ароматаза р450. В настоящее время установлено, что у 22,8% женщин с нормогонадотропной ановуляцией имеется дефицит ароматазы антральных фолликулов.

ЦЕЛЬ

Оценить влияние активности овариальной ароматазы на показатели эффективности протоколов ЭКО.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материал и методы: В исследование были включены 58 женщин с различными формами бесплодия (эндокринное, трубно-перитонеальное). Средний возраст обследуемых составил 32,3±3,7 года. Уровень АМГ в крови – 0,4–8 нг/мл. Пациенты были сопоставимы по возрасту, длительности течения бесплодия. Все больные проходили стандартный протокол ЭКО (ЭКО/ИКСИ) с применением антагонистов ГнРГ. Оценивали следующие показатели эффективности протоколов ЭКО: частоту наступления беременности, курсовую дозу гонадотропинов, количество полученных ооцитов при трансвагинальной пункции, количество эмбрионов хорошего качества на 4 день развития, количество криоконсервированных эмбрионов, эффективную дозу гонадотропинов. Эффективная доза определялась количеством гонадотропинов на 1 полученный ооцит/эмбрион хорошего качества. Ароматазная активность яичников определялась отношением уровня эстрадиола в пмоль/л к уровню АМГ в нг/мл в сыворотке крови, полученной на 2 д.м.ц. В предыдущих работах установлен доверительный интервал изменения ароматазной активности яичников у здоровых женщин (37,8–90,7).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате определения ароматазной активности фолликулов было сформировано 3 группы пациентов: I группа с низкой (13 женщин, 22,4%), II группа с нормальной (18 человек, 31%) и III группа с высокой активностью овариальной ароматазы (27 обследованных, 46,6%). Средняя курсовая доза гонадотропинов не отличалась в обследованных группах (1780±265 МЕ, 1770±197 МЕ и 2167±178 МЕ соответственно, F=2,47; p=0,27). Была выявлена взаимосвязь между ароматазной активностью фолликулов и следующими показателями протоколов ЭКО: эффективной дозой на ооцит ($\chi 2$=10,93; p=0,004) и эмбрион ($\chi 2$=3,34; p=0,18); количеством ооцитов, полученных при трансвагинальной пункции ($\chi 2$=8,84; p=0,01); количеством эмбрионов хорошего качества на 4 день развития ($\chi 2$=9,56; p=0,008); количеством криоконсервированных эмбрионов ($\chi 2$=7,23; p=0,027). Не было выявлено взаимосвязи между активностью ароматазы яичников и частотой наступления беременности на перенос эмбрионов, которая составила 27% у пациентов с низкой, 39% у пациентов с нормальной и у 30% пациентов с высокой активностью овариальной ароматазы. Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) имел место у 6 (46%) пациенток I группы у одной (5,6%) женщины II группы. У пациентов III группы не было ни одного случая СГЯ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы: Активность ароматазы яичников сопряжена с эффективной дозой гонадотропинов, количеством полученных ооцитов и эмбрионов хорошего качества, количеством криоконсервированных эмбрионов. Не было выявлено статистически достоверной связи между активностью ароматазы яичников с частотой наступления беременности в протоколах ЭКО. Необходимо проведение дальнейших исследований на большей когорте пациентов.

ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСКОЙ ПОЗИЦИИ УЧАСТНИЦ ПРОГРАММЫ ЭКО

Якупова В.А., Захарова Е.И.

МГУ им. М.В. Ломоносова, факультет психологии, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Благодаря совершенствованию медицинских технологий, родительство стало возможным для пар, которые были обречены на бездетность. Помимо особых соматических условий появления беременности, вынашивание и рождение ребенка с помощью ЭКО происходит в особых психологических условиях. Препятствия на пути к родительству могут стать источником особого отношения к материнству и ребенку. Появляются данные, свидетельствующие о том, что бесплодие может иметь не только физиологические, но и психологические причины. Так, привычное невынашивание беременности связано с психологическим отвержением женщинами материнской роли и себя в этой роли (Е.И. Захарова, К.Д. Хломов, Е.Б. Айвазян, Ю.Г. Себелева). Таким образом, интерес представляет психологическая картина переживания беременности и материнства, развитие материнской позиции участниц программы ЭКО в период беременности и после рождения ребенка.

ЦЕЛЬ

Изучение особенностей материнской позиции женщин, беременность которых наступила с помощью процедуры ЭКО; динамика ее становления в период ожидания ребенка и в первый год его жизни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Опросник Г.Г. Филипповой «Стили переживания беременности»; «Рисунок я и мой ребенок» Е.И. Захаровой; методика самооценки психического состояния Айзенка; опрос информационной готовности к родам и анкета с социобиографическими данными; методика диагностики ценностной направленности матери Е.И. Захаровой. Методика оценки детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ) Е.И. Захаровой; авторская методика неоконченных предложений; система наблюдения за детско-родительским взаимодействием, предложенная Е.И. Захаровой и А.И. Тюриной; методический комплекс Денвер II, направленный на оценку психического развития детей от 0 до 6 лет.

Выборка. Исследование было проведено на базе Центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова. В исследовании приняло участие 259 женщины второго и третьего триместра беременности, которые находились в стационаре Центра, 161 женщина со спонтанной беременностью и 62 женщины, беременность которых наступила с помощью ЭКО. Во втором этапе исследования приняли участие 23 матери младенцев, участниц программы ЭКО, и 20 матерей со спонтанной беременностью, обследованных во время ожидания ребенка.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На неосознаваемом уровне участницы программы ЭКО при выраженном стремлении к материнству, испытывают трудности эмоционального принятия ребенка и материнства, которые на осознаваемом уровне выражаются в склонности к игнорированию возникающих и возможных трудностей, идеализации ребенка и материнства. Длительная история бесплодия способствует искажению материнской позиции при ЭКО: значимым является сам факт появления ребенка, а не процесс взаимодействия и заботы о нем. Происходит смещение фокуса внимания на успешное завершение беременности, за которым не выстраивается перспектива материнства. Взаимодействие с ребенком способствует развитию и обогащению материнской позиции женщин

группы ЭКО, углублению эмоциональных связей с ребенком. Способ наступления беременности не является препятствием развитию гармоничного взаимодействия с ребенком. Однако склонность к идеализации материнства во время беременности приводит к формированию завышенных ожиданий и постоянным сомнениям в собственной родительской компетентности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из главных сфер психологической работы с участницами программы ЭКО является работа с тревожными переживаниями, страхами и сомнениями, касающимися будущего материнства и актуально возникающих сложностей, поскольку участницы программы ЭКО склонны к подавлению и игнорированию негативных переживаний и компенсаторной идеализации действительности. В работе с участницами программы ЭКО на этапе беременности необходимо простроить временную перспективу, связанную с материнством и заботой о ребенке, поскольку зачастую они бывают сосредоточены на самом факте рождения ребенка, не задумываясь о жизни с ним. Важным представляется также работа с завышенными ожиданиями участниц группы ЭКО относительно собственного материнства, которые приводят к неудовлетворенности собой, а порой и разочарованию в себе как в родителе.

Неонатология

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ И ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЕЕ РАЗВИТИЯ

Авилова О.В., Кравченко Л.В., Крукиер И.И.

ФГБУ «РНИИАП», г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синдром задержки внутриутробного развития (ЗВУР) в структуре основных причин перинатальной заболеваемости составляет 65–70%.

ЦЕЛЬ

Определить основные факторы риска развития ЗВУР у новорождённых и выявить особенности клинических симптомов в зависимости от степени тяжести заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в первые 14 суток жизни у доношенных детей, рожденных после 37 недель гестации и малых для данного гестационного возраста. Обследовано 78 детей с ЗВУР и 75 матерей (3 двойни). В зависимости от срока гестации, массы тела при рождении и пола ребенка, согласно центильным таблицам Робертона Н.К. (1998), новорожденные были распределены на 3 группы: I группа (легкая степень – 10 и менее 10 центиля) – 28 (36%) детей; II группа (средне-тяжелая степень – 10–3 центиль) – 21 (27%) ребенок и III группа (тяжелая степень – менее 3 центиля) – 29 (37%) человек. Обработка исходных рядов признаков осуществлялась с использованием пакетов прикладных программ Statistica версии 12.5 EXCEL 2010 SPSS 23.02. Attestat 13.1. Для сравнения межгрупповых различий использовали непараметрический критерий Краскала-Уоллиса для независимых групп.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Большинство обследуемых матерей являлись жителями города (55 человека – 70,55%), из них 25 матерей (33,4%) в официальном браке не состояли. Большинство детей с ЗВУР рождены повторнобеременными (47 человек – 60%). При этом статистически значимых различий между группами выявлено не было.

У большинства матерей обследованных детей отмечался отягощенный акушерский анамнез: фетоплацентарная недостаточность (ФПН), регистрировалась у 45 (60%) матерей, задержка развития плода у 40 (53,3%) человек, анемия во втором и третьем триместрах беременности отмечалась у 43 (57,3%) женщин, индекс Кетле менее 48,8 имел место в 27 (34,6%) случаев. 42 женщины (56%) были недообследованы во время беременности.

При сравнении межгрупповых различий по вышеуказанной патологии при тяжелой степени ЗВУР выявлены статистически значимые различия в частоте встречаемости кольпита (20 человек – 69%; $p<0,037$), анемии – (12 человек – 41%; $p<0,062$), индекса Кетле < 48,8 (у 29 человек – 100%; $p<0,0001$), синдрома задержки развития плода (20 человек – 69%; $p<0,01$) в сравнении с другими группами обследованных новорожденных.

Снижение тургора кожи зарегистрировано у 27 детей III группы, что составило 93% и встречалось достоверно чаще ($p<0,005$), чем в других группах пациентов. Синдром угнетения встречался у 26 детей (89%), что достоверно чаще ($p<0,002$), чем у новорожденных I и II групп.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основными факторами риска развития ЗВУР у новорожденных являются такие социальные факторы, как проживание матери во время беременности в городе и рождение ребенка в неполной семье, а также обнаружение у матерей во время беременности ФПН, анемии, кольпита, СЗРП.

Наиболее характерным неврологическим симптомом для III степени ЗВУР является синдром угнетения.

Использование центильных коридоров позволяет выявлять новорожденных с тяжелой степенью ЗВУР (ниже 3 центиля), требующих углубленного динамического обследования.

ПРИЧИНЫ КОНЪЮГАЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Албутова М.Л., Измайлова Ф.А., Яковлева С.В., Смирнова А.В.

УлГУ, г. Ульяновск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре заболеваемости и причин смертности в раннем неонатальном периоде гипербилирубинемия занимает довольно значимое место и является наиболее частым патологическим состоянием. Желтуха – визуальное проявление гипербилирубинемии, которое отмечается у доношенных новорожденных при уровне билирубина 85 мколь/л, у недоношенных – более 120 мколь/л.

ЦЕЛЬ

Целью работы являлось изучение причин возникновения коньюгационных желтух у новорожденных в зависимости от акушерской патологии матери.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено клиническое обследование 160 женщин и их новорожденных детей с клиникой коньюгационной желтухи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди женщин преобладали первородящие – 81,6% и Rh-положительную принадлежность крови 92%.

На роды из отделения патологии беременных поступили 66,7%, из них срочные роды составили 73,3%, преждевременные – 26,7%. У 63,3% женщин репродуктивный анамнез отягощен медицинскими абортами, самопроизвольными выкидышами – 31,7%.

При клинико-лабораторном обследовании женщин выявлена высокая частота экстрагенитальной патологии (ЭГП): мочевыделительная система – 30,3%, заболевания щитовидной железы – 16,8%, сердечно-сосудистая система – 15,0%, гепатиты – 8,4%, причем из них преобладал гепатит С – 5,0%, гепатит В – 3,4%, гепатит А присутствовал в анамнезе у 4 женщин – 6,7%.

Наиболее частыми осложнениями беременности являлась преэклампсия – 78,3%, угроза прерывания беременности у 23,3%, хроническая ФПН в 81,7%, внутриутробное инфицирование плода у 11,7%, многоводие зафиксировано у 16.7%.

Медикаментозная нагрузка на 1 женщину в среднем составила 8 препаратов. Дородовое излитие околоплодных вод отмечено у 35,0% женщин. У каждой третий женщины с целью родоусиления применялся окситоцин и энзапрост. Аномалии родовой деятельности составили 46,7%.

Через естественные родовые пути проведено 90,0% родов, 10,0% – завершены операцией кесарева сечения. Показаниями для абдоминального родоразрешения явилось упорная слабость родовой деятельности (5%), преэклампсия умеренная в (3,3%) несостоятельность рубца на матке (1,7%)

Из родившихся детей до 2500г было 6,7% недоношенных, 2500–3999 г – 86,6%, более 4000г-6,7%.

В состоянии асфиксии родилось всего 10,0% детей, причем в асфиксии легкой степени 8,3%.

Максимальный уровень общего билирубина в крови наблюдался на 4–5сутки – 356мкм/л, минимальный – 113мкм/л.

Новорожденные находились в естественном вскармливании – 81,9%, и лишь 11 – 18,1% на смешанном.

Период адаптации у дошкольных детей протекал волнообразно: субэктеричность кож-

ных покровов и слизистых оболочек нарастала по интенсивности в соответствии с темпами прироста неконъюгированного билирубина (до 85 мкмоль/л за сутки), у недоношенных детей эктеричность кожи и слизистых оболочек практически не изменилась по интенсивности до перевода детей в отделение патологии недоношенных.

В лечении конъюгированной желтухи использовалась инфузионная терапия у 65,0%, холекинетики 23,3%, фенобарбитал – 46,7%, фототерапия проводилась у 58,0% детей, биоптрон 30,0% детям. Выписаны домой 23,3% детей на 6–7сутки, 70,0% новорожденных детей переведены на второй этап выхаживания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, высокая частота экстрагенитальных и инфекционных осложнений у беременных, значительная медикаментозная нагрузка, применение утеротонических средств во время родов способствовали возникновению гипербилирубинемии и появлению клинических симтомов конъюгационной желтухи у новорожденных.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОЛИЧЕСТВА ФЕКАЛЬНЫХ БИОМАРКЕРОВ С СОСТАВОМ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Богачева Н.А., Зубков В.В., Припутневич Т.В., Подуровская Ю.Л., Буров А.А.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пребывание новорожденного ребенка с пороками развития в хирургическом стационаре сопряжено с активной колонизацией слизистых оболочек специфичной госпитальной микрофлорой. Своевременное выявление патогенных микроорганизмов позволяет проводить рациональную противомикробную терапию и уменьшает осложнения.

ЦЕЛЬ

Оценить информативность комбинации тестов (кальпротектина, трансферрина, гемоглобина) для неинвазивной диагностики воспалительных изменений кишечника новорожденных с гастрошизисом в послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективном исследовании, у 22 новорожденных с гастрошизисом, находящихся на лечении в отделении анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии и отделении хирургии новорожденных отдала неонатологии и педиатрии ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России в период 2015–2016 гг. С момента рождения проводился последовательный забор кала (88 образцов) с целью количественного определения кальпротектина, трансферрина и гемоглобина методом иммуноферментного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех новорожденных с гастрошизисом в 1 сутки жизни (до операции) роста патогенной микрофлоры не выявлено, показатели кальпротектина (154 мг/кг, 3–264), трансферрина (28 нг/мл, 0–49) и гемоглобина (37 нг/мл, 0–93) оставались в пределах допустимых значений.

На 7 сутки жизни у 10 (45,5%) детей отмечался рост патогенной микрофлоры в кале: грамотрицательные микроорганизмы (E.cloacae, Ps.aeruginosa), грамположительные (St. epidermidis, E.faecalis) и M.furfur.

У 6 (27,0%) новорожденных рост патогенных грамотрицательных микроорганизмов (E.cloacae) сопровождался повышением трансферрина до 296 нг/мл (132–471), гемоглобина до 267 нг/мл (126–492) и кальпротектина до 345 мг/кг (100–493) при отсутствии достоверных клинико-лабораторных маркеров воспалительного процесса. У одного ребенка (4,5%) при обнаружении M.furfur в кале, лейкопении в клиническом анализе крови показатели трансферрина были 3440 нг/мл, гемоглобина 166 нг/мл при невысоких зна-

чениях кальпротектина (110 мг/кг) и других клинико-лабораторных маркеров.

На 14 сутки жизни рост грамотрицательных микроорганизмов (E.cloacae, Ps.aeruginosa, E.coli, Kl.pneumonia) отмечался у 14 (64%) новорожденных, грамположительных (St.epidermidis, E.faecalis) у 6 (27%) новорожденных. Фекальные биомаркеры были повышены у всех детей (6), в кале которых отмечался рост Kl.pneumonia: кальпротектин до 305–566 мг/кг, трансферрин до 50–139 нг/мл. Повышение гемоглобина не отмечалось.

После 21 суток жизни (24–28) у 3 (14%) новорожденных с ростом Kl.pneumonia в кале, в сочетании с E.cloacae был диагностирован некротизирующий энтероколит 2а стадии. При этом повышение кальпротектина было до 1003–2245 мг/кг, гемоглобина до 284–455 нг/л и трансферрина до 905–1113 нг/л за 1–2 дня до развития клинической картины НЭК.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ проведенного исследования показал, что значительное повышение уровня фекальных биомаркеров отмечалось у детей с некротизирующим энтероколитом непосредственно перед развитием заболевания обусловленным колонизацией кишечника Kl.pneumonia в сочетании с E.cloacae. При колонизации кишечника M.furfur определялись высокие значения трансферрина в кале при незначительном повышении кальпротектина и гемоглобина, что может говорить о большей чувствительности первого из биомаркеров.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ С УЧЕТОМ РОЛИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ

Буштырев В.А., Чернавский В.В., Гугуева А.В., Симонова Н.Л., Афанасьева Г.В.

ГБУ РО «Перинатальный центр», РостГМУ, кафедра акушерства и гинекологии №4, г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что существенную роль в развитии осложнений раннего неонатального периода играют как факторы окружающей среды, влияющие на плод в период гестации, так и генетическая предрасположенность.

ЦЕЛЬ

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение прогностической значимости показателей гемостаза и полиморфизмов генов свертывающей системы в паре мать – ребенок для течения раннего неонатального периода при недоношенности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 50 недоношенных новорожденных, находившихся на лечении в Ростовском областном перинатальном центре. Были сформированы 3 клинические группы: I (n=20) – дети с синдромом дыхательных расстройств; II (n=17) – новорожденные с сочетанием синдрома дыхательных расстройств и синдрома системного воспалительного ответа, III (n=13) – дети, у которых оба синдрома сопровождались развитием геморрагических осложнений. Группы были сопоставимы по гестационному возрасту (от 29 до 34 нед) и массе тела при рождении, способу родоразрешения (p>0,05). Женщинам и их новорожденным было выполнено методом полимеразной цепной реакции исследование 8 полиморфизмов генов системы гемостаза (FII, G20210A; FV, G1691A [Leiden]; FVII, G10976A; FXIII, G>T; FGB, G455A; ITGA2, C807T; ITGB3, T1565C; PAI-

1, 5G/4G -675), а также проанализированы показатели свертывающей системы крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Методом деревьев решений были выявлены наиболее значимые для течения раннего неонатального периода полиморфизмы генов в паре мать – ребенок – FVII (проконвертин), FXIII (фибриназа). Известно, что данные полиморфизмы предрасполагают к гипокоагуляции и геморрагическим осложнениям. У новорожденных в дополнение к указанным полиморфизмам значимостью обладал полиморфизм гена FGB (фибриноген). При оценке показателей гемостаза у матерей новорожденных с геморрагическим синдромом (группа III) накануне родоразрешения было выявлено статистически значимое увеличение показателя МНО (I группа – 0,9; [0,88; 1,15]; II группа – 1,0; [0,9; 1,2]; III группа – 1,1; [0,96; 1,24]; p=0,047), снижение показателя РФМК (I группа – 7,0; [5,5; 7,76]; II группа – 6,3; [5,35; 9,29]; III группа – 4,8; [4,66; 5,38]; p=0,002) и выраженное повышение уровня D-димера (I группа – 1629,0; [1316,5; 2465,5]; II группа – 1525,0; [660,0; 2104,95]; III группа – 4023,5; [2478,98; 5215,84]); p=0,002), что указывает на склонность к гипокоагуляции и высокую активность фибринолиза. При этом частота применения низкомолекулярных гепаринов у матерей III группы была наименьшей (p=0,05). При оценке гемостаза в раннем неонатальном периоде у новорожденных с геморрагическим синдромом (III группа) отмечалось статистически значимое снижение показателя протромбинового индекса (I группа – 49,6; [43,21; 58,95]; II группа – 47,6; [41,6; 53,04]; III группа – 40,7; [34,55; 44,05]; p=0,023) и увеличение тромбинового времени (I группа – 25,3; [24,15; 26,36]; II группа – 25,3; [23,45; 25,8]; III группа – 28,0; [24,4; 30,25]]; p=0,013), что указывает на относительную гипокоагуляцию. При этом уровень фибриногена в III группе был максимальным (I группа – 1,13; [0,88; 1,27]; II группа – 1,16; [0,99; 1,4]; III группа – 1,24; [0,95; 1,40]; p=0,0001).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, выявлена корреляция между полиморфизмами генов системы гемостаза и показателями свертывающей системы в паре мать – недоношенный новорожденный, а также развитием геморрагических осложнений в раннем неонатальном периоде.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Буштырев В.А., Чернавский В.В., Гугуева А.В., Симонова Н.Л., Бордаева О.Ю.

ГБУ РО «Перинатальный центр», г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным ВОЗ, самый высокий риск смерти новорожденных наблюдается в течение первого месяца жизни. Среди заболеваний, приводящих к критическим состояниям у недоношенных новорожденных, одно из первых мест занимает респираторный дистресс-синдром, а также геморрагические осложнения, являющиеся причиной развития тяжелой патологии.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось изучение возможной связи полиморфизмов генов гемостаза, фолатного цикла и ангиорегуляции в паре мать–ребёнок с развитием осложнений у недоношенных новорождённых в раннем неонатальном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведён ретроспективный анализ преждевременных родов и клинического течения раннего неонатального периода у 50 недоношенных новорождённых на базе Ростовского областного перинатального центра. Для оценки генетических полиморфизмов женщины и их новорождённые были обследованы методом ПЦР по 21 точке: гены свёртывающей системы (FII, G20210A; FV, G1691A [Leiden]; FVII, G10976A; FXIII, G>T; FGB, G455A; ITGA2, C807T; ITGB3, T1565C; PAI-1, 5G/4G-675), гены фолатного цикла (MTHFR, C677T

и A1298C;MTR, A2756G; MTRR, A66G) и гены ангиорегуляции (ADD1, G1378T; AGT,T704C и C521T; AGTR1, A1166C; AGTR2, G1675A; CYP11B2, C-344T; GNB3, C825T; NOS3, T-786C и G894T). Были сформированы 3 группы: в 1-ю (n=20) вошли дети с синдромом дыхательных расстройств (СДР), во 2-ю (n=17) – новорождённые с сочетанием СДР и синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), в 3-ю (n=13) – дети, у которых СДР и ССВО сопровождались геморрагическим синдромом. Группы были сопоставимы по гестационному возрасту (от 29 до 34 нед.) и массе тела при рождении, способу родоразрешения (p>0,05).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При сравнении оценки новорождённых по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни (медиана; [1-й и 3-й квартиль]) были выявлены статистически значимые отличия (p=0,0001) – по сравнению с 1 группой (1 мин. – 5,0; [5,0; 7,0]; 5 мин. – 6,0; [6,0; 7,0]) меньшие значения были отмечены во 2 (1 мин. – 5,0; [4,0;5,0]; 5 мин. – 6,0; [5,8; 6,0]) и 3 (1 мин. – 5,0; [4,0; 5,0]; 5 мин. – 6,0; [6,0; 6,0]) группах, что свидетельствует о более тяжёлом состоянии при рождении. При анализе течения раннего неонатального периода (Клиническая шкала оценки недоношенного новорождённого, В.А. Буштырев и соавт., 2005) не было отмечено снижения количества баллов по КШОНН к 7-м суткам в 3 клинической группе (1-е сутки – 7,0; [6,0; 8,0]; 7-е сутки – 7,0; [7,0; 8,0]), тогда как в 1 (1-е сутки – 6,0; [5,8;6,3]; 7-е сутки – 5,0; [3,0; 6,0]) и 2 (1-е сутки – 6,0; [5,0; 7,0]; 7-е сутки – 4,0; [3,8; 6,3]) группах состояние детей к исходу раннего неонатального периода улучшалось (p=0,0001). Всем новорождённым из 3 группы потребовалась респираторная поддержка в виде CPAP-терапии и/или искусственной вентиляции лёгких. В 1 и 2 группах часть детей не нуждались в респираторной поддержке (1 группа – 10 из 20, 2 группа – 6 из 17). Введение сурфактанта было показано большей части новорождённых 3 группы (11 из 13), тогда как в 1 и 2 группах сурфактант вводился реже (1 группа – 5 из 20, 2 группа – 6 из 17). Ранняя неонатальная смертность была отмечена только в 3 группе новорожденных (4 случая). При анализе предиктивной значимости генетических полиморфизмов в паре мать – ребёнок решений наиболее существенными в отношении вероятности развития осложнений в раннем неонатальном периоде оказались полиморфизмы генов FVII, FXIII, MTHFR, AGT.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, сочетание полиморфизмов указанных генов у матери и новорождённого может являться предиктором осложнений раннего неонатального периода при преждевременном завершении гестации.

АНАЛИЗ ВЕСА НОВОРОЖДЕННЫХ С ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К САХАРНОМУ ДИАБЕТУ 1 ТИПА

Варламова Т.В., Доршакова Н.В., Карапетян Т.А.

Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одним из самых частых аутоиммунных заболеваний детского возраста является сахарный диабет 1 типа (СД 1 типа). Заболеваемость СД 1 типа среди детей и подростков в Республике Карелия за последние 10 лет увеличилась в 1,9 раза, что соответствует мировой тенденции. Высокая распространенность СД 1типа среди детского населения Республики Карелия обусловлена высокой генетической предрасположенностью к СД 1типа (17,4%). Отсутствие корреляции между заболеваемостью и национальным фактором свидетельствует о наличии других провоцирующих факторов в развитии СД 1 типа. Два крупных мета-анализа, проведенных недавно (Cardwell CR. et all. 2010; Vehik K et all. 2009), выявили практически прямую зависимость между увеличенным весом ребенка при рождении и последующим риском развития СД 1 типа, что указывает на то, что определяющие факторы окружающей среды, вызывающие предрасположенность к СД 1типа, имеют значение уже во время внутриутробного развития.

ЦЕЛЬ

Анализ массы тела детей при рождении, имеющих СД 1 типа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При оценке массы тела при рождении детей (n=14203) в Республике Карелия за последние 5 лет оказалось, что ежегодно рождается дети с низкой массой при рождении в 6,8%, с очень низкой массой при рождении в 1,1%, с экстремально низкой массой в 0,8%, с крупным весом в 11,5% случаев. Ретроспективно проведена оценка историй болезни 332 детей (164 девочки, 168 мальчиков) с впервые выявленным СД 1 типа с 2003 по 2015 год, в возрасте от 0 до 17 лет. Дети до 1 года составили 0,3% (1 ребенок), с 1 до 3 лет 9,3% (31 человек), с 3 до 7 лет 26,2 % (87 детей), с 7 до 10 лет 28,3% (94 человек), с 11 до 17 лет 35,9% (119 детей).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе веса при рождении выявлено, что дети с низкой массой при рождении составили 2,4 %, с очень низкой массой при рождении в 0,6%, с экстремально низкой массой детей не было, с крупным весом в 7,8% случаев. В нашей стране крупный плод встречается в 8–10 % всех родов, что статистически не отличается от наших данных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На массу тела при рождении влияет множество других биологических, медицинских и социо-экономических факторов. Что подтверждается отсутствием прямой зависимости между различными генотипами HLA, связанными с риском развития диабета (HLA DR3-DQ2/DR4-DQ8, DR3-DQ2/X или DR4-DQ8/X), и массой тела при рождении. Таким образом, генетическая гетерогенность этнических популяций в комплексе с факторами окружающей среды может определять особенности распространенности СД 1типа.

Исследование поддержано РГНФ, проект №14–06–00313.

10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК

Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Челак А.О., Панин А.П., Филиппова Е.А., Машинец Н.В., Пыков М.И., Демидов В.Н., Адамян Л.В.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы увеличивается частота пренатального выявления яичниковых образований у плода уже при сроке беременности 27–33 недель.

ЦЕЛЬ

Обобщить и систематизировать особенности диагностики и опыт наблюдения плодов и новорожденных девочек с объемными образованиями яичников, уточнить показания и обосновать тактику хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2006–2016 гг. наблюдали 102 беременности у женщин 22–35 лет, в ходе которых по результатам ультразвукового исследования (УЗИ) выявлены кистозные образования яичников у плодов женского пола. Новорожденных девочек наблюдали в неонатальных отделениях Центра, проведена диагностика в объеме УЗИ органов малого таза. Хирургическое вмешательство при неосложненных кистах диаметром более 50 мм и при осложненных кистах выполняли лапароскопическим доступом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Кистозные образования брюшной полости у 102 плодов женского пола выявляли при исследовании в сроках 32,0±1,8 недель гестации, при этом односторонние кистозные образования у 100 плодов (100/102;98%), двусторонние – 2 наблюдения (2/102;2%). Анэхогенное содержимое кисты – 62 случая (62/102;61%) расцени-

вали как неосложненное течение заболевания. Наличие в просвете гиперэхогенных включений, мелкодисперсной подвижной взвеси или четкого уровня разделения жидкой и плотной части содержимого у 40 плодов (40/102;39%) считали свершившимся осложнением (перекрут кисты или кровоизлияние в нее). Размер кистозных образований до 30 мм – 12 (12/102;11,8%), более 60 мм – 11 (11/102;10,8%), остальные кисты средних размеров 30–60 мм – 79 случаев (79/102;77,4%). Размеры кистозных образований с признаками внутриутробных осложнений превышали 45 мм (36/40;90%).

Киста яичника при УЗИ обнаружена у 100 пациенток (100/102;98%). В 2 наблюдениях при рождении образование выявить не удалось (2/102;2%). Неосложненные кисты яичника – 58 (58/102;57%), среди них диаметром до 50 мм – 47 (47/58;81%), остальные 11 – кисты крупных размеров, максимально до 110 мм (11/58;19%). Признаки осложнений у 44 (44/102;43%), представлены уровнем взвеси в просвете образования и отсутствием кровотока прилежащей ткани яичника у 40 девочек, ячеистой структурой кисты (кровоизлияния) у 2 пациенток, последствия внутриутробного разрыва оболочек кисты – 2. Размеры осложненных образований в среднем 55 ± 15 мм.

Консервативное наблюдение 47 пациенток с кистами яичника диаметром до 50 мм подтвердило спонтанный регресс образований в течение 6–12 месяцев после рождения (50/102;49%). Хирургическое лечение лапароскопическим доступом у 52 девочек (52/102;51%): 41 осложненных (41/52;79%) и 11 неосложненных крупных кист яичника (11/52;21%). При неосложненной кисте – краевое удаление оболочек с сохранением здоровой ткани яичника. Осложненные кисты – перекрут основания маточной трубы с некрозом придатков матки и несущим кисту яичником (31/41;75,6%), перекрут маточной трубы с полной односторонней самоампутацией придатков и свободным расположением некротизированного комплекса (9/41;22%) и кровоизлияние в просвет среднего размера кисты (1/41;2,4%). Плотные спайки зоны перекрута с петлями кишечника у 15 пациенток. Выполняли мобилизацию и резекцию некротизированных придатков матки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

УЗИ является ценным информативным методом выявления кист яичника у плодов и новорожденных детей. При неосложненных кистах до 50 мм показано наблюдение, более 50 мм и осложненных кистах – хирургическое вмешательство лапароскопическим доступом.

МЕКОНИАЛЬНАЯ АСПИРАЦИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Измайлова Ф.А., Албутова М.Л., Яковлева С.В., Смирнова А.В.

УлГУ, г. Ульяновск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одно из самых грозных заболеваний неонатального периода связано с аспирацией амниотической жидкости загрязненной меконием. Частота синдрома аспирации меконием (САМ) встречается примерно у 1% всех новорожденных, родившихся через естественные родовые пути, хотя частота обнаружения мекония в околоплодных водах колеблется от 4 до 20% и в среднем происходит в 10% родов при головном предлежании плода, даже на фоне бережных родов.

ЦЕЛЬ

Изучение анте- и интранатальных. факторов риска особенностей клинического течения новорожденных, осложнившихся в родах синдромом аспирации мекония.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с этим все новорожденные были разделены на две группы: в первую группу вошло 28 новорожденных, перенесших синдром аспирации мекония, вторую группу 20 новорожденных перенесшие хроническую внутриутробную гипоксию плода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе доношенных новорождённых 53,3%, переношенных – 26,7% и недоношенных первой степени 20%. Беременность развивалась на фоне патологии щитовидной железы (0%, нейроциркуляторной дистонии 36%, анемии 66,7%, гестоза 30%, кольпита 60%, ХУГИ 30,1%, хронического пиелонефрита 23,3%). Данная беременность осложнялась угрозой выкидыша в 20%, преэклампсией – в 3,3%, дородовом излитием вод в 10% случаев. Роды протекали на фоне длительного безводного периода – у 26,6% женщин. Тугое обвитие пуповины вокруг шеи ребёнка в родах отмечалось в 10% случаев. Во второй группе доношенные дети составили 74,3%, 10,1% были переношенными и 15,6% составили группу недоношенных новорожденных первой степени. Беременность у матерей данной группы протекала на фоне анемии 44,4%, кольпита 33,3%.

Также анализ физических данных в группах сравнения позволил выявить наиболее выраженные признаки, такие как тахипноэ, ослабление дыхания, приступы апноэ, влажные хрипы. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечались такие признаки, как приглашение тонов сердца и систолический шум, тахикардия. Цианотичность кожных покровов наблюдалась – 15 – 83.33% доношенных новорожденных, у 2 – 50% недоношенных и у 1 – 16,6% переношенного. Так же наблюдалась субэктеричность кожи у 1 – 25% недоношенного, 1 – 16,6% переношенного и у 2 – 33,3% – доношенных новорожденных. Среди наблюдаемых нами детей, также наблюдались нарушения со стороны дыхательной системы в виде брадипноэ, тахипноэ.

При аускультации над легкими выслушивались ослабленное дыхание у 5 – 27,7% доношенных и у 3 – 50% переношенных. Жесткое дыхание выслушивалось у 8 – 44,4% доношенных и у 3 – 50% переношенных. Так же при аускультации выслушивались влажные хрипы у 10 – 55,5% доношенных у 5 – 83,3% переношенных и всего у 1 (25%) недоношенного новорожденного. Наряду с этим у обследованных новорожденных наблюдалось апноэ. Этот признак отмечался, наиболее часто у недоношенных4 – 100%. У доношенных детей приступы апноэ были у 10 – 55,5% и у 10 – 16,6% переношенного ребенка. Со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдались бради или тахикардия, приглушение тонов сердца и систолический шум.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушение процессов неонатальной адаптации в значительной степени обусловлено наличием экстрагенитальной патологии, осложнившей течение беременности и родов. Отмечена взаимосвязь изменений клинических проявлений у новорожденных с синдромом аспирации мекония, в зависимости от срока гестации. Новорожденные рождённые с САМ в большинстве случаев оценивались, как тяжёлые и нуждались в реанимационных мероприятиях.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ФИЛИАЛА ГКБ №52 ДЗМ.

Ильина А.Я., Баринова А.С., Ахалова Е.А., Мищенко А.Л., Кокая И.Ю., Кашин В.Н., Соловьева И.В., Харламова Т.С., Целоева Х.И.

Кафедра госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Известно, что в структуре заболеваемости детей перинатальные поражения ЦНС занимают в настоящее время одно из первых мест. Так, в РФ перинатальная патология ЦНС встречается с частотой 712:1000 детей в возрасте до года. В структуре же детской инвалидности поражения ЦНС достигает 50%, при этом перинатальные поражения ЦНС составляют 70–80% случаев.

ЦЕЛЬ

Оценить тяжесть состояния и структуру заболеваний у новорожденных детей, находившихся в ОРИТ родильного дома.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением с 14.12.2015г. по 14.03.2016г. в родильном доме филиала ГКБ №52 ДЗМ находилось 80 матерей и 88 детей раннего неонатального периода (из них 8 двоен).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами проанализирован соматический, акушерский и гинекологический анамнез у матерей.

По нашим данным только 23,8% женщин были соматически здоровы. У 76,2% женщин соматический анамнез был отягощен: миопией (35%), инфекциями верхних дыхательных путей (25%), ВСД (17,5%), заболеваниями щитовидной железы (12,5%), инфекциями мочевыводящих путей и заболеваниями ЖКТ (по 11,3% соответственно).

При изучении гинекологического анамнеза нами установлено, что только 27,5% женщин были гинекологически здоровы. У 72,5% женщин были диагностированы: эрозия шейки матки (41,3%), хронический аднексит (11,3%), бесплодие (8,8%) и кольпит (7,5%).

По нашим данным у 57,5% женщин настоящая беременность протекала на фоне ОРЗ, у 50% с угрозой прерывания беременности и у 43,8% женщин с анемией. Важно подчеркнуть, что ФПН была верифицирована у 50% женщин. И в 67,5% случаев женщины были родоразрешены оперативно путем кесарева сечения, причем из них только у 2 женщин – в плановом порядке.

Нами также изучено состояние здоровья новорожденных детей. Важно подчеркнуть, что 44,3% детей были доношенными, 54,5% недоношенными и в единичном случае была переношенность. Важно подчеркнуть, что тяжелое состояние при рождении было диагностировано у 81,8% детей, крайней степени тяжести у 8% и средней степени тяжести у 10,2% детей. Необходимо отметить, что интранатальная асфиксия (ИА) диагностировалась у 47,7% детей, из них ИА умеренной степени у 81%, а тяжелая ИА у 19% детей. Нами установлено, что у 22,7% детей была диагностирована ЗВУР. Важно отметить, что практически у всех детей (95,5%) диагностировалась ишемия мозга (P91.0), клинически проявлявшаяся церебральной депрессией (77,4%), церебральной возбудимостью (20,2%) и судорогами новорожденного (2,4%). Внутриутробная инфекция (ВУИ) диагностировалась у 47,7% детей, СДР у 43,2%, врожденная пневмония у 40,9%, конъюгационная желтуха (КЖ) у 29,5%,общий отечный синдром (ООС) у 27,3% и анемия у 14,8% детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, отягощенный акушерский анамнез у каждой второй женщины в виде угрозы прерывания беременности и ФПН на фоне в достаточно высоком проценте случаев ОРЗ, анемии, инфекций верхних дыхательных путей и ВСД при отягощенном также гинекологическом анамнезе стал причиной рождения недоношенных детей, тяжелого состояния при рождении у 81,8% детей и практически у всех новорожденных детей диагностики ишемии мозга. Тяжесть состояния новорожденных также была обусловлена у каждого второго ребенка хронической внутриутробной гипоксией, интранатальной асфиксией и ВУИ, а также врожденной пневмонией, СДР только у недоношенных, КЖ и ООС. Данное обстоятельство обуславливает необходимость усовершенствования алгоритма ведения беременных женщин с определенным анамнезом с целью профилактики нарушений как внутриутробного развития плода, так и состояния здоровья родившихся детей.

НОВЫЙ ПОДХОД В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ

Ионов О.В., Антонов А.Г., Киртбая А.Р., Балашова Е.Н., Никитина И.В., Ленушкина А.А., Крючко Д.С., Рындин А.Ю., Шакая М.Н., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н., Сухих Г.Т.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В 2014 году мы начали внедрять новый подход стабилизации недоношенных детей в родильном зале и в течение первых суток жизни. После продленного вдоха респираторная терапия продолжалась методом CPAP вместо интубации или масочной вентиляции, применялось менее инвазивное введение сурфактанта по показаниям, использование неинвазивной вентиляции после введения сурфактанта вместо CPAP. Внедрены также сцеживание пуповины и введение молозива в первые часы жизни.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность новых подходов интенсивной терапии глубоконедоношенных детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено сравнение методов респираторной терапии, выживаемости и исходов у 116 недоношенных детей сроком гестации 24–29 недель, поступившие в отделение реанимации и интенсивной терапии в 2013 (43 ребенка), 2014 (33 ребенка) и 2015 (36 детей) годах.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На неинвазивной вентиляции находились 41,6%,72,2%,70,2% в 2013, 2014 и 2015 годах соответственно. Потребовали искусственной вентиляции легких в первые 5 суток жизни 26,6%, 34,6%, 21,2% детей, находившихся изначально на неинвазивной вентиляции в 2013, 2014, 2015 соответственно. Poractant alfa вводился 83% ,84% и 76% детей в 2013, 2014 и 2015 годах соответственно. Выживаемость детей сроком гестации 24–26 составила: 55,5%, 80% и 75% в 2013, 2014 и 2015 гг. соответственно. Выживаемость детей сроком гестации 27–29 составила:77,7%, 92,8% и 96,7% в 2013, 2014 и 2015 гг. соответственно. ВЖК 2–3степени у детей сроком гестации 24–26 недель – 0 в 2013 г., 40% (2 ребенка) в 2014 г. и 25% (2 ребенка) в 2015 г. (в 2015 году были только ВЖК 2 степени); у детей сроком гестации 27–29 было 9,5% в 2013 г., 7,6% в 2014 г. и 6,6% в 2015 г. Дети сроком гестации 24–26 имели БЛД 40% (2 ребенка) в 2013 г., 50% (2 ребенка) в 2014 г., 50% (6 детей) в 2015 г.; дети сроком гестации 27–29 недель14,2% в 2013 г., 7,7% в 2014 г., 3,3% в 2015г. Ретинопатия с лазерной коагуляцией потребовалась детям гестационного возраста 24–29 недель в 2013 г. – 0 , в 2014 г. – 6,6%, в 2015 г. – 4,7%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Новый протокол привел к снижению смертности среди глубоко недоношенных детей, однако, увеличение выживаемости детей сроком гестации 24–26 недель привело к более высокому уровню неблагоприятных исходов. В то время как, увеличение выживаемости детей сроком гестации 27–29 недель сопровождалось снижением неблагоприятных исходов. Новый протокол значительно улучшил исходы у глубоконедоношенных детей.

УСПЕХ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В СРАВНЕНИИ CPAP

Ионов О.В., Киртбая А.Р., Косинова Т.А., Балашова Е.Н., Рындин А.Ю., Нефедова Е.М., Зубков В.В., Антонов А.Г., Дегтярев Д.Н.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

До сих пор остается неясным является ли неинвазивная вентиляция эффективнее вентиляции в режиме nCPAP у недоношенных детей. Короткое время вдоха может привести к неэффективности неинвазивной вентиляции при использовании аппарата с открытым контуром выдоха, такого как Infant Flow SiPAP в режиме BiPhasic. Оптимальное время вдоха может компенсировать утечку из контура и повысить эффективность неинвазивной вентиляции.

ЦЕЛЬ

Сравнить эффективность применения неинвазивной вентиляции с CPAP.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективном сравнительном исследовании оценивались 3 режима неинвазивной дыхательной поддержки Infant Flow SiPAP. В исследование вошли 148 недоношенных детей, рожденных на сроке гестации 25–35 недель. После первичной стабилизации в родильном блоке при поступлении в ОРИТН проводилось стратификация в 3 различные группы. В 1 группу были включены 48 новорожденных, находящихся на дыхательной поддержке в режиме BiPhasic со временем вдоха 1 сек., частотой 30 в минуту, во 2 группу – 43 ребенка, находящихся на дыхательной поддержке в режиме BiPhasic со временем вдоха 0,5 сек., частотой 60 в минуту

и в 3 группу – 57 новорожденных, получавших дыхательную поддержку в режиме CPAP с Peep 5–6 мм H2O. Среднее давление в дыхательных путях было одинаковым в 1 и 2 группах. В случаях недостаточности начатой респираторной терапии дети были переведены на более высокий уровень дыхательной поддержки. Критерии недостаточности: повышение FiO2>0,4 (FiO2> 0,3 для детей <1000г) и/или увеличение тяжести дыхательных нарушений, усиленная работа дыхания (3 и более баллов по шкале Сильверман).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1 группе, где дыхательная поддержка осуществлялась в режиме BiPhasic со временем вдоха 1 сек., критерии недостаточности встречались в 2 раза реже, чем в 2 и 3 группах: 25% против 58% против 53% p = 0,0006. % недостаточности дыхательной поддержки в 2 и 3 группах был одинаков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Infant Flow SiPAP в режиме BiPhasic при времени вдоха 1 сек имеет преимущества перед CPAP: утечка компенсируется, создается оптимальное пиковое давление. Режим BiPhasic с временем вдоха 0,5 сек. или меньше имеет схожую эффективность с режимом CPAP и не имеет преимуществ перед ним.

РАЗВИТИЕ ПОДХОДА ДЛЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ МЕТОДАМИ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ

Кононихин А.С., Стародубцева Н.Л., Бугрова А.Е., Чаговец В.В., Крохина К.Н., Никитина И.В., Рындин А.Ю., Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Ионов О.В., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н., Франкевич В.Е., Николаев Е.Н., Сухих Г.Т.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Серьезной проблемой при интенсивной терапии и выхаживании недоношенных детей остаются инвазивность многих методов терапии и исследования. Анализ мочи и конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) превратился в новое средство для неинвазивного исследования и диагностики взрослых пациентов, однако исследование у новорожденных только начинают проводиться.

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования являлось разработка основных методических принципов по сбору и протеомному анализу мочи и КВВ у новорожденных, находящихся на выхаживании в отделении реанимации и интенсивной терапии НЦАГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Образцы мочи были собраны от 32-х новорожденных детей, находящихся на выхаживании в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных НЦАГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России. Из 32 пациентов, включенных в исследование, недоношенные дети составили более 80% (27 детей) исследуемой группы. Экстремально низкую массу тела при рождении имели 12,5% (4 ребенка), очень низкую массу тела – 21,8% (7 детей). Ведущей патологией, определяемой в данной группе, являлась врожденная пневмония – у 17 детей (64,5%). Для сравнения протеомов мочи взрослых людей и новорожденных в исследование были также включены 70 образцов мочи взрослых здоровых добровольцев (40 мужчин и 30 беременных женщин). Пробы КВВ у новорожденных брали посредством включения разработанной системы отбора выдыхаемого воздуха в выходной тракт аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ). В течение 20 мин в режиме ИВЛ удается собрать необходимое минимальное количество КВВ объемом порядка 1.0 мл для дальнейшего протеомного и метаболомного анализа с использованием хромато-масс-спектрометрии. Исследование было одобрено этическим комитетом ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведен сбор и анализ 37 проб мочи и 23 проб КВВ собранных у новорожденных, находящихся на ИВЛ в отделении реанимации и интенсивной терапии и в отделении хирургии новорожденных.

В моче новорожденных низкомолекулярные белки и пептиды более представлены, чем в моче взрослых людей. Соотношение мажорных белков мочи в образцах новорожденных и взрослых людей достоверно различается, при сохранении в целом состава «ядра протеома». Протеомы мочи новорожденных и взрослых людей во много совпадают. Наблюдаемые различия ассоциированы в основном с появлением у женщин белков, специфичных для беременности, а у новорожденных – с экскрецией мочой множества структурных, гистоновых, рибосомальных и митохондриальных белков, факторов роста и белков системы комплемента. Появление этих белков в моче новорожденных сделать вывод о высоком уровне апоптотических процессов в организме недоношенных новорожденного, связанных, по-видимому, с высоким уровнем окислительного стресса и быстрым развитием всех систем организма.

В ходе работы по КВВ удалось идентифицировать характерные белки в составе выдыхаемого воздуха новорожденных на разных стадиях развития и с различными патологиями. В конденсате собранном в режиме с ИВЛ присутствовал постоянный спектр инвариантных белков кератинов 1, 10, 2, 9, которые являются экзогенными белками, как нами было показано ранее при исследовании КВВ взрослых пациентов. Также в пробах КВВ новорожденных были идентифицированы некератиновые белковые компоненты, содержание которых вариабельно у разных пациентов, в зависимости от стадии развития и патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Показано, что изменение протеомного состава мочи и КВВ новорожденных может быть использовано для прогнозирования и неинвазивной диагностики патологических состояний, а также для проведения мониторинга клинического состояния пациентов в условиях перинатального центра.

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ и Правительства Москвы в рамках научного проекта №15–38–70039 «мол_а_мос»

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЮ МИОКАРДА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Лебеденко А.А., Тараканова Т.Д., Козырева Т.Б.

ГБОУ ВПО «РостГМУ» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Транзиторная ишемия миокарда (ТИМ), как вариант постгипоксического синдрома дезадаптации в раннем неонатальном периоде, формируется на основе вегетативной дисфункции, снижения образования макроэргов в кардиоцитах, гиперкатехолемии, ухудшения реологических свойств крови. Важность проблемы обусловлена высоким риском жизнеугрожающих осложнений, развитием стойких структурных изменений миокарда, нарушений сердечного ритма в старшем возрасте, что определяет актуальность изучения проблемы с целью профилактики кардиальных осложнений.

ЦЕЛЬ

Изучить функциональное состояние миокарда в динамике у детей с гипоксической дисфункцией миокарда в анамнезе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением были 27 детей с ТИМ и 20 здоровых новорожденных, родившихся физиологическим путем. Анализировали данные клинического и инструментального обследования на 3–5 сутки жизни, на 2-м месяце жизни и в 12–14 месяцев. Регистрировали ЭКГ в 12-и стандартных отведениях, УЗИ сердца с допплерометрией в ИВ и ЦДК режимах. Оценивали планиметрические параметры сердца, состояние систолической и диастолической функций левого желудочка.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клиника ТИМ характеризовалась внезапными приступами беспокойства с НПК I-II степени в виде бледности, акроцианоза, «мраморности» кожи, похолодании конечностей в 88,9 % (24 случая), тахипноэ в 18 случаях (66,7%). Снижение звучности 1 тона имело место у 14 детей (51,8%), расширение границ сердца влево у 17 детей (63%).

Анализ ЭКГ параметров показал, что значения ЧСС у детей контрольной группы достоверно выше, чем у пациентов с ТИМ (149,8 ± 5,0; 134,5 ± 4,9 уд. /мин. соответственно; p <0,05); независимо от ЧСС длительность корригированного интервала Q-T у детей основной группы превышало норму. У новорожденных с ТИМ при первом обследовании выявлены признаки систолической перегрузки левого желудочка: отсутствие физиологической правограммы, увеличение амплитуды зубца R в aVL, V5–6 с дискордантным зубцом Т. Изменения реполяризации в виде снижение амплитуды или интерверсии Т, изменение положения сегмента ST в двух и более грудных отведений были у 15 детей (55,6%). Частота номотопных и гетеротопных нарушений автоматизма варьировала в пределах 50–67%, в контрольной группе не превышала 20%. У 5 детей с ТИМ (18,7%) регистрировали эпизоды суправентрикулярных пароксизмов. В динамике через 1–1,5 месяца установили сохранение выявленных изменений у 6 детей (22,2%); в 12–14 месяцев жизни стабильность реполяризационных изменений регистрировалась у 5 детей (18,55,7%). Показатели систолической функции (МО, СИ, ФВ) в основной группе были достоверно ниже контрольной. Индивидуальная оценка показателей трансмитрального потока выявила нарушение процесса релаксации I типа в виде сохранения высокой скорости кровотока в фазу систолы предсердий по сравнению с фазой раннего диастолического наполнения в 7 случаях (25,8%) случаев. Важным является факт выявления диастолической дисфункции через год после эпизода ТИМ у 3-х детей (11,1%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, сохранение на протяжении первого года жизни кардиодинамических признаков перенесенной дисфункции миокарда, диктует необходимость диспансерного наблюдения, комплексного инструментального обследования для ранней диагностики и коррекция выявленных патологических изменений.

ФАКТОРЫ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА В ГЕНЕЗЕ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Левкович А.Ю., Афонин А.А.,
Левкович М.А., Кравченко Л.В.

ФГБУ «РНИИАП» Минздрва России,
г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время в структуре врожденной инфекционной патологии возросла роль цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ). Это заболевание у новорожденных характеризуются склонностью к генерализации, высокой частотой поражения ЦНС, трудностью диагностики, прогнозирования течения, высокой частотой инвалидизации .

В неонатальном периоде защита от инфекции зависит главным образом от функционирования системы врожденного иммунитета, важным компонентом которой являются TLR -подобные рецепторы. Дефекты в системе TLR: нарушение экспрессии TLR, выработки эффекторных молекул лежит в основе реализации инфекции.

ЦЕЛЬ

Выявление роли факторов врожденного иммунитета в развитии генерализованной ЦМВИ у новорожденных детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 29 новорожденных с врожденной генерализованной ЦМВИ(I группа), Контрольную группу составили 26 здоровых новорожденных, родившихся у женщин с физиологическим течением беременности и родов. Определение экспрессии Толл-рецепторов (TLR), проводили методом лазерной проточной цитометрии (Beckman Coulter) с использованием реагентов Beckman Coulter, HyCultbiotechnology: FITC–CD282+,

CD284+, CD286+ и PE – CD14+. Концентрацию IFN-γ, IFN-α в сыворотке крови определяли методом ИФА с использованием тест-систем «Bender Medsistems». При определении статистической обоснованности различия исследуемых групп применялся критерий Манна-Уитни и Вилкоксона. Для оценки тесноты связи отдельных показателей использовался коэффициент корреляции по Спирмену.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При изучении механизмов врожденного иммунитета установлено, что в раннем неонатальном периоде у новорожденных с ЦМВИ имело место снижение экспрессии TLR – 2 (CD282+) на моноцитах периферической крови по сравнению контрольной группой (45,4±8,9% и 76,2±5,6%, p<0,05). Аналогичные изменения были характерны и для TLR – 6 (CD14+CD286+) (44,6±5,9% и 61,1±1,4% соответственно). Выявлена прямая корреляционная зависимость между уровнем экспрессии TLR-2 и продукцией IFN-γ (r=-0,60, p<0,05). Анализ результатов исследования уровня IFN – α в сыворотке периферической крови показал, у детей с ЦМВИ отмечено снижение его уровня по сравнению с контрольной группой (8,3±0,9 пг/мл против 15,9±2,1 пг/мл, p<0,05).Уровень IFN-γ у детей группы I был в среднем 42,1±9,7пг/ мл, что в 2,4 раза ниже по сравнению с контрольной группой (p <0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявленное снижения уровня экспрессии на моноцитах TLR, может привести к отсутствию адекватной реакции на проникновение микроорганизмов, так как из результатов нашего исследования следует, что экспрессия TLR на моноцитах коррелирует с функциональной эффекторной активностью этих клеток. Такие моноциты не способны к адекватной активации – восприятию и передаче сигнала об инфекте, что может отразиться на своевременном вовлечении в иммунный ответ адаптивного звена иммунитета. Следовательно, обнаруженное нами снижение экспрессии TLR – 2 и TLR – 6 объясняет высокую чувствительность к ЦМВ и может обуславливать их участие в развитии клинической картины ЦМВИ.

СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПРОТОКОЛ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ УВЕЛИЧЕНИЕ ТЕМПА НАРАЩИВАНИЯ ОБЪЕМА, ОБЕСПЕЧИВАЕТ УЛУЧШЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Ленюшкина А.А., Ионов О.В., Балашова Е.Н., Киртбая А.Р., Рюмина И.И., Нароган М.В., Грошева Е.В., Кухарцева М.В., Шакая М.Н., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н., Сухих Г.Т.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Оптимальный режим начала энтерального кормления и наращивание объема с рождения у детей очень низкой и экстремально низкой массой тела, включая глубоко недоношенных детей и детей с задержкой внутриутробного развития, до сих пор является предметом дискуссии.

ЦЕЛЬ

Сравнить стандартизированный протокол по энтеральному питанию с повышенной скоростью наращивания темпов кормления детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Это проспективное одноцентровое исследование с ретроспективным контролем. Применение протокола осуществлялось в ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова» МЗ РФ, Москва с сентября 2014 года по апрель 2015 года. Основные принципы данного протокола: стандартизация начала кормления, использование молозива и сцеженного грудного молока в первые часы жизни, расчет начальных объемов разового кормления и скорости наращивания в соответствии с весом при рождении и состоянием ребенка. Основными отличиями нового протокола от ранее использо-

ванного явились повышенная скорость наращивания и стартовый объем кормления.

В исследование были включены 53 ребенка. 24 новорожденных в проспективной группе сравнивались с 29 детьми из ретроспективной контрольной группы, пролеченные до введения нового протокола.

Были проанализированы следующие параметры исходов: время достижения энтерального кормления 100мл/кг, время достижения полного энтерального кормления, продолжительность антибиотикотерапии, необходимость функционирования ЦВК и ПВК, случаи развития НЭК.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Новорожденные из группы с повышенной скоростью наращивания энтерального кормления достигали объема суточного кормления 100 мг/кг на 5 дней раньше, чем в контрольной группе. Статистически значимые изменения были отмечены по другим параметрам: необходимость функционирования ЦВК была на 5 дней короче, в 2 раза меньше необходимость в ПВК. Антибиотики широкого спектра 2 линии и резерва были использованы в 1,5 раза реже, диагностика НЭК – в 3,3 раза реже в основной группе. Был зафиксирован 1 случай хирургической стадии НЭК в контрольной группе и один случай НЭК 2 стадии зарегистрирован в основной группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стандартизированный подход к кормлению у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела приводит к снижению стоимости лечения и риска нозокомиальной инфекции, потенциально способствует снижению младенческой заболеваемости и смертности. Не было отмечено значимого повышения НЭК в нашем исследовании. В связи с малой выборкой для достоверной оценки рисков развития НЭК необходимы дальнейшие исследования.

ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Морозова Н.Я., Виноградова М.А., Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Дегтярев Д.Н.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В патогенезе большинства тяжелых состояний периода новорожденности большое значение имеют нарушения свертывания крови. Внутрисосудистый тромбоз лежит в основе формирования опасных для жизни состояний, приводящих к развитию инфарктов, инсультов, легочной эмболии и тромбоза глубоких вен.

ЦЕЛЬ

Оценить частоту тромботических осложнений после хирургического вмешательства у детей в периоде новорожденности.

Материал и методы

За период с 2010 по 2015 гг. в отделении анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии и отделении хирургии новорожденных отдела неонатологии и педиатрии ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России было прооперировано 971 новорожденных ребенка с пороками развития. Все дети находились в тяжелом или крайне тяжелом состоянии, нуждались в проведении раннего хирургического вмешательства в связи с наличием врожденных пороков развития: врожденная диафрагмальная грыжа, гастрошизис, омфалоцеле, пороки развития легких и почек, объемные образования различных локализаций (тератома, лимфангиома, нейробластома), различные виды атрезии кишечника. Лечение тромботических осложнений во всех случаях назначалось после консультации гематолога, и заключалось в назначении нефракционированных гепаринов под контролем гемостазиограммы с последующим переходом на низкомолекулярные гепарины, коррекция дефицита факторов свертывания осуществлялась свежезамороженной плазмой, а восполнение дефицита

естественных антикоагулянтов препаратами антитромбина III. Методы верификации тромботических осложнений: УЗ-допплерометрия и МРТ с контрастированием сосудов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За изученный пятилетний период тромботические осложнения отмечены в 14 случаях, что составило 1,5% от общего числа прооперированных новорожденных. Летальность новорожденных детей с развившимися тромботическими осложнениями в послеоперационном периоде составила 72%. Из числа детей с тромботическими осложнениями недоношенные составили 29%, доношенные – 71%. Тромботические осложнения чаще всего развивались у детей со следующими врожденными пороками развития: врожденная диафрагмальная грыжа – 50%, гастрошизис – 7%, нейробластома – 7%, синдром Ледда – 7%, удвоение подвздошной кишки – 7%. При этом дети с подтвержденным врожденным сепсисом составили 22%. По локализации тромботических осложнений выявлены: тромбоз верхней и нижней полой вены – 64%, сагиттального и поперечного синуса – 29%, мезентериальных сосудов – 29%, подключичной вены – 14%, яремной вены – 21%, сосудов брыжейки – 14%, воротной вены – 14%, почечных сосудов – 7%. В единичных случаях тромботические осложнения развивались на фоне врожденного дефицита естественных антикоагулянтов и мультигенной тромбофилии. В большинстве случаев (72 %), тромботические осложнения являлись катетер-ассоциированными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Критические состояния у новорожденных всегда сопровождаются изменениями динамического равновесия между свертывающей и противосвертывающей системами. На этом фоне хирургическое вмешательство может послужить дополнительным активирующим фактором внутрисосудистого тромбообразования. В большинстве случаев тромботические осложнения являются катетер-ассоциированными, в высоком проценте случаев отмечается летальный исход.

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОК О ВАЖНОСТИ НЕКЛИНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПРЕБЫВАНИЯ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Письменская Т.В., Шувалова М.П.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пациент-ориентированность системы здравоохранения определяет уровень качества оказания медицинской помощи населению. В современных реалиях пациент становится активным участником процесса оказания медицинской помощи, а его потребности для специалистов сферы здравоохранения приобретают первостепенное значение.

ЦЕЛЬ

Определить ключевые предпочтения женщин – перечень наиболее важных неклинических аспектов пребывания в акушерском стационаре.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обсервационное исследование включало 400 беременных и родильниц старше 18 лет, находящихся в круглосуточном акушерском стационаре. В ходе анонимного анкетирования из 27 параметров, характеризующих неклинические аспекты пребывания в акушерском стационаре, респонденткам было предложено выбрать наиболее важные, а также неважные факторы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин был 31,8 лет (SD = 4,85 лет). Половина опрошенных женщин (55%) относились к числу первородящих. Как для первородящих, так и для повторнородящих женщин наиболее важными предпочтениями были: эмпатия врачей (93% [95% ДИ 89%–96%]), результат лечения (87% [95% ДИ 84%–90%]) и эмпатия среднего медицинского персонала (78% [95% ДИ 74%–82%]). При этом результат лечения был в большей степени важен для женщин из группы первородящих (91% [95% ДИ 88%–95%] и 82% [95%

ДИ 77%–87%], p≤0,05). Так же женщины из этой группы, по сравнению с повторнородящими женщинами, чаще указывали на значимость проявления чуткости средним медицинским персоналом (85% [95% ДИ 80%–89%] и 70% [95% ДИ 63%–77%], p≤0,05), необходимость подробного информирование о назначениях и рекомендациях (79% [95% ДИ 73%–84%] и 62% [95% ДИ 55%–69%], p≤0,05) и важность своевременного обезболивания (41% [95% ДИ 34%–47%] и 29% [95% ДИ 22%–36%], p≤0,05). Повторнородящие проявляли большее внимание к качеству еды (47% [95% ДИ 40%–54%] и 32% [95% ДИ 26%–38%], p≤0,05).

Для каждой пятой женщины внешний вид персонала, а также минимальные сроки пребывания в стационаре являлись «неважными параметрами» как для первородящей, так и повторнородящей групп (20% [95% ДИ 16%–23%]). Первородящие женщины также отмечали, что для них неважно наличие парковки (20% [95% ДИ 15%–25%]), а повторнородящие – доступ к медицинской документации (24% [95% ДИ 18%–30%]).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные показали, что выбор трёх ключевых предпочтений женщин во время пребывания в учреждении родовспоможения не различался в зависимости от паритета. Женщины из группы первородящих проявляли бо̀льшую заинтересованность в результате лечения, проявлении эмпатии средним медицинским персоналом, подробном информировании и своевременном обезболивании. Повторнородящие женщины придавали большее значение качеству питания в стационаре. «Неважными предпочтениями» для обеих групп женщин являлись внешний вид персонала и минимальные сроки пребывания в стационаре. Для первородящих пациенток также неважно было наличие парковки, для повторнородящих – доступ к медицинской документации.

Таким образом, пациент-ориентированный подход, учитывающий личные предпочтения и ценности пациенток, на рынке услуг современного здравоохранения может рассматриваться в качестве значительного конкурентного преимущества.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ КОНСИЛИУМ ПО ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ПРОБЛЕМЫ

Подуровская Ю.Л., Демидов В.Н., Гус А.И., Дорофеева Е.И., Буров А.А., Зарецкая Н.В., Шетикова О.В., Михайлова О.И., Зубков В.В., Шмаков Р.Г.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Врожденные пороки развития являются одной из основных причин детской заболеваемости, инвалидности, перинатальной и ранней детской смертности. До 5–6 % новорожденных по данным исследований имеют различные врожденные пороки развития.

ЦЕЛЬ

Повышение уровня антенатальной диагностики врожденных пороков развития у плода, оценка прогноза и возможности хирургической коррекции имеющейся патологии у новорожденного.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России с 2005 года проводится перинатальный консилиум пациенткам с антенатально установленными пороками развития у плода. В состав консилиума входят: неонатальный хирург, специалист ультразвуковой диагностики, врач-генетик, акушер-гинеколог. В зависимости от сроков беременности по результатам консилиума планируется госпитализация пациентки на родоразрешение в Центре с последующим хирургическим лечением новорожденного.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За период с 2005 по 2015 год в Центре на пренатальном консилиуме консультировано 3400 беременных. Количество пациенток при этом увеличивается прогрессивно ежегодно, так за 2014 год консультацию посетило 296 беремен-

ных. Являясь федеральным, Научный центр принимает на консультацию и лечение пациентов из всех регионов России: традиционно преобладает ЦФО (в среднем 42%), однако другие регионы так же занимают весомые позиции.

В общей структуре выявляемой патологии плода наиболее тяжелыми являются множественные пороки развития, особенно в сочетании с хромосомными аномалиями (всего консультировано 425 беременных, что составило 12,5% от общего количества врожденных пороков развития). Поэтому при постановке диагноза на ранних сроках беременности обязательным является дополнительная консультация генетика и проведение инвазивной пренатальной диагностики. По результатам полученных данных определяется прогноз для жизни ребенка и даются рекомендации беременной. Окончательное решение о сохранении беременности принимается пациенткой.

Точность пренатальной диагностики в Центре находится на высоком уровне, степень диагностических ошибок не превышает мировые статистические показатели (не более 3–4%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время, учитывая достижения неонатальной хирургии, возможности оказания помощи новорожденным очень велики. Но при этом следует уделить особое внимание наиболее ранней пренатальной диагностике пороков развития, что бы в максимально ранние сроки разработать алгоритм ведения потенциальных пациентов.

КОРРЕКЦИЯ АПОПТОЗА Т-ЛИМФОЦИТОВ ФИЛГРАСТИМОМ И ИНГАЛЯЦИОННЫМ ОКСИДОМ АЗОТА У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИВЛ

Пухтинская М.Г.

ФГБУ «РНИИАП» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Начало 21 века совпало со стремительным развитием медицины и впечатляющими успехами в снижении перинатальной смертности. Но развитие бактериальных осложнений у новорожденных с дыхательными расстройствами на ИВЛ составляет 30–50%. Ряд авторов указывают на высокий риск развития сепсиса при активации апоптоза Т-лимфоцитов. Создание принципиально нового направления иммунотерапии, основанного на принципе регуляции активности апоптоза, определили актуальность исследования.

ЦЕЛЬ

С целью снижения развития бактериальных осложнений и неонатальных потерь проведено контролируемое, рандомизированное исследование коррекции апоптоза Т-лимфоцитов филграстимом и ингаляционным оксидом азота (иNO) у новорожденных с РДС, находящихся на ИВЛ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование одобрено этическим комитетом; получены информационные согласия родителей пациентов. В РКИ включено 200 новорожденных с РДС на ИВЛ, родившихся в 38±0,4 недель гестации, с массой 3875±431, оценкой по Апгар 3,2±1,0, которые при поступлении были разделены на две группы соответственно содержанию Т-лимфоцитов в апоптозе. В I группу (n=103) включены пациенты с высокой активностью апоптоза (AnnexinV->10,6%; AnnexinV+>0,75%) относительно II группы (n=97). Затем пациенты методом конвертов разделили на подгруппы: А и В. Пациентам I-А (n=48) проводили коррекцию апоптоза Т-лимфоцитов филграстимом (10 мкг/кг/сут., в/в инфузия; 3 дня), II-А (n=44) – иNO (10 ppm; 48,0 часов; «Pulmonox mini», Австрия). Пациенты I-В (n=55) и II-В (n=53) были контрольными подгруппами: стандартная интенсивная терапия. При поступлении, 3–5 сутки и в исходе исследовали изучали субпопуляционный состав лимфоцитов венозной крови методом иммунофенотипирования (Immunotech Beckman Coulter, США, фитц-меченные CD 3, CD 4, CD 8, CD 14, CD 19, CD 34, CD 56, CD 69, CD 71, CD95, HLA-DR-моноклональные антитела); содержание Т-лимфоцитов в апоптозе (АннексинV+, меченный FITK и пропидиума йодид (PL+), меченный PE, Caltag, США;

Beckman Coulter Epics XL, США). Концентрацию цитокинов плазмы (IL-1ß, IL-6, IL-8, TNFα, G-CSF, sFas, FGFs) и NO – методом ИФА (тест-системы Biosource США; Bender Medsistems Австрия; R&D Systems, США; Victor-21420, Финляндия). Статистическая мощность исследования 86,6% (α≤0,05, Statistica-6).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Коррекция апоптоза филграстимом (I-A, n=48) на 3–5 сутки снизила (p<0,05) AnnexinV-FITC+PI-9,5±0,4%, CD95 4,7±0,03%; увеличила (p<0,05) CD3 84±3,2% CD34 0,7±0,01%, G-CSF 1,6±0,1 нг/мл, sFas 7702±532 пг /мл, FGFs 122±6,0 пг /мл и NO 46,5±1,5 ммоль/л. Сепсисом заболело 2 ребенка. Все пациенты остались живы. У пациентов I-B (n=55) Сепсис диагностирован у 26 детей, 6 из которых погибло (p<0,05). Общая летальность в подгруппе: 23 ребенка (p<0,05).

Коррекция апоптоза иNO (II-A, n=44) на 3–5 сутки снизила (p<0,05) AnnexinV-FITC+PI-6,0±0,9%, CD95 8,9±0,1%, CD69 1±0,2%; увеличила (p<0,05) CD3 51,9±4,9%, CD14 9,3±1,8%, G-CSF 2,6±0,28 нг/мл, sFas 7350±219 пг/мл, FGFs 76,1±14,2 пг /мл и NO 45,61±11,6 ммоль/л. Сепсисом заболело 4 ребенка (p<0,05). Общая летальность в подгруппе: 6 человек (p>0,05). У пациентов II-B (n=53) сепсис диагностирован у 13 детей. Общая летальность в подгруппе: 10 новорожденных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, коррекция апоптоза Т-лимфоцитов филграстимом эффективно и безопасно снижает заболеваемость сепсисом и летальность у новорожденных с РДС на ИВЛ. Коррекция апоптоза иNO также эффективно и безопасно снижает заболеваемость сепсисом, но не снижает летальность у новорожденных пациентов.

УГЛУБЛЕННАЯ ОЦЕНКА КИСЛОРОДНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Сократова Т.А., Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Дегтярев Д.Н.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лабораторное исследование кислотно-основного состояния (КОС) и газового состава крови является рутинным видом обследования в отделениях реанимации новорожденных.

ЦЕЛЬ

Оценка клинической информативности лабораторных параметров и рассчитанных индексов, характеризующих проникновение в кровь, транспортировку и потребление тканями кислорода у детей с врожденной диафрагмальной грыжей (ВДГ) в критическом состоянии в периоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период 2015–2016 гг. в отделении анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии и отделения хирургии новорожденных отдела неонатологии и педиатрии ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России обследованы 21 новорожденный с ВДГ. 19 детям (18 детей с лево – и 1 ребенок с правосторонней ВДГ) в возрасте от 2 до 6 суток жизни была проведено оперативное лечение – пластика соответствующего купола диафрагмы. 15 детей было выписано, 6 – умерло в возрасте от 1,5 до 15 суток жизни. В периоперационном периоде исследование КОС и кислородного статуса артериальной и капиллярной крови проводилось на аппарате Radiometr ABL 800flex с интервалом 4–6 раз в сутки. Помимо стандартных показателей (pH, pO2; pCO2; BE), исследовались расчетные показатели кислородного статуса (ctO2, p50, IO).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность ИВЛ составила 10,1±5,9 дней. ОИ перед операцией составил 24,5±31,9 и после операции – 7,0±2,6. Данная разница в показаниях обусловлена тяжестью детей, умерших в предоперационном периоде и детей, которым проводилась процедура В-А ЭКМО. Среднее значение p50 в пред- и послеоперационном периоде составило 24,4±4,9 и 22,6±4,6. Статистически значимой разницы между показателями ctO2 в пред- и послеоперационном периоде не выявлено (19,4±4,2 и 21,8±4,9). У всех детей отмечается четкая корреляция значений ОИ и p50. Были выявлены выраженные изменения фракций Hb, как уменьшение оксигемоглобина (FO2Hb) и повышение дезоксигемоглобина (FHHB), одновременно с повышением ОИ, предшествующие клиническому ухудшению состояния, позволяющие корректировать терапию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования выявлена обратная зависимость p50 от ОИ. Взаимосвязь данных показателей не меняется в до и послеоперационном периоде. Корреляций между концентрацией кислорода в артериальной крови и индексом оксигенации не выявлено. Также концентрация кислорода в артериальной крови не влияет на показатель p50. Снижение фракции оксигемоглобина является одним из предикторов нарастания дыхательной недостаточности.

РЕНАЛЬНЫЙ КРОВОТОК У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Тумаева Т.С., Герасименко А.В., Балыкова Л.А.

ГБУЗ РМ «Мордовский республиканский клинический перинатальный центр», г. Саранск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Расширение показаний к родоразрешению кесаревым сечением (КС), совершенствование технологий выхаживания недоношенных детей, способствовали увеличению детей группы высокого риска. Актуальны вопросы постнатальной адаптации детей после КС, особенно при недоношенной беременности. Отражением адекватно протекающей адаптации является стабильность гемодинамики, в том числе периферического (ренального) кровотока

ЦЕЛЬ

Выявление особенностей ренального кровотока у недоношенных детей, рожденных КС, и возможности медикаментозной коррекции в неонатальном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследована ренальная гемодинамика у 270 детей: I группа – 170 детей после КС, перенесших церебральную ишемию (ЦИ); II группа – 100 детей с ЦИ после естественных родов. Группа контроля: 57 детей от физиологичной беременности и родов с оценкой по Апгар 8/8 баллов. Критерии исключения: врожденная, синдромальная патология; тяжелые соматические заболевания. Проводилась количественная оценка резистивных характеристик (RI) почечных сосудов, линейных скоростей кровотока (Vmax и Vmin) на уровне магистральных почечных артерий (МПА) и магистральных почечных вен (МПВ) в первые сутки жизни и к окончанию неонатального периода при различных схемах лечения

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1–2 сутки жизни получены сопоставимые результаты RI – 0,80±0,01, 0,78±0,01 и 0,79±0,01 соответственно. Линейные скорости кровотока у детей после КС были ниже: Vmax (см/сек.) 31,5±2,29 против 35,7±1,95 и 40,1±1,97 ($p<0,05$) и Vmin (см/сек.) 5,7±0,53 против 7,2±0,57 и 9,0±0,62 ($p<0,05$). Критический уровень почечного кровотока при Vmax на МПА ≤ 20 см/сек. был зарегистрирован у 15 (21,4%) детей в I группе и у 11 (15,2%) во II группе. Совокупность высокого тонуса сосудов (по RI), низких скоростных показателей (Vmax и Vmin), особенно диастолического кровотока, указывала на ренальный гемодинамический дефицит у недоношенных, рожденных КС и перенесших ЦИ. Недоношенным детям проводилась стандартная терапия. В I группе с 7–14 дня дополнительно назначали внутрь на 3 недели 30% раствор левокарнитина («Элькар®»), 100 мг/кг/сут. в 2 приема. К 1 месяцу у всех недоношенных значительно повысилась резистентность сосудов (до 0,85±0,01 и 0,85±0,01 соответственно), что свидетельствовало о «фазе спазма». Повышение RI сопровождалось увеличением скоростей кровотока Vmax и Vmin, что расценивалось как компенсаторный механизм улучшающий почечную перфузию после перенесенной ЦИ. Дополнительное применение препарата «Элькар®» способствовало более эффективному восстановлению Vmin на 26,3% от исходных значений (с 5,7±0,53 см/сек. до 7,2±0,69 см/сек., $p<0,05$), в то время как при стандартной терапии прирост составил только 7% (с 7,1±0,59 см/сек. до 7,6±0,51 см/сек., $p>0,05$). Динамика Vmax существенных различий в группах не имела и к 1 месяцу показатели достигли 49,1±0,59, 51,2±0,37 и 53,1±0,63 (см/сек.). У детей, получавших «Элькар®», к 1 месяцу зарегистрировано улучшение венозного кровотока на 56,8% от исхода (с 8,8 см/сек. до 13,8 см/сек.), а при стандартной терапии на 23,3% (с 10,3 см/сек. до 12,7 см/сек.)($p<0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У недоношенных новорожденных выявлены дисфункциональные изменения ренальной гемодинамики, особенно после КС и перенесших ЦИ. Дополнительное применение «Элькар®» у детей после КС в период наиболее напряженной гемодинамики в условиях выраженного спазма сосудов способствовало более эффективному восстановлению показателей кровотока, что, несомненно, стабилизировало гемодинамическое обеспечение почек, позитивно влияя на адаптационный процесс.

АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Филиппова Е.А., Голованев М.А., Пучкова А.А.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва; Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва; Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пилоростеноз – гипертрофия мышц привратника желудка, проявляется нарушением его проходимости в первые 12–14 суток жизни ребенка. Классическая манифестация данной патологии происходит с появлением рвоты «фонтаном».

ЦЕЛЬ

Целью данной работы явилось описание ультразвуковой диагностики пилоростеноза у двух детей с атипичным клиническим течением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с января 2016 по июнь 2016 в научно-консультативное педиатрическое отделение ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России обратились родители двух детей.

Мальчик М. 4 месяца (постконцептуальный возраст 43 недели, скорректированный возраст 3 недели). Из анамнеза: недоношенность 27 недель, БЛД, классическая форма, тяжелое течение; паховая грыжа с 2-х сторон; последствия перинатального поражения ЦНС смешанного генеза; ПВЛ. Вес 3105 г. (<3‰) Прибавка

за последние 4 месяца 2235 г. В день обращения осмотрен педиатром. Рвоты не было, срыгивания непостоянные, небольшим объемом. Направлен педиатром на УЗИ в плановом порядке.

Девочка А. 3,5 мес. Из анамнеза: роды на 39 неделе, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, выписана на 4 сутки в удовлетворительном состоянии. Родители обратились в поликлиническое отделение с жалобами на срыгивания большим объемом с 3 месяцев. Вес ребенка на момент осмотра 7600 г. Прибавка за последний месяц 900 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Паренхиматозные органы без структурных изменений. Желчный пузырь полусокращен. В желудке в обоих случаях после 4-х часового голодного промежутка сохранялось большое количество содержимого. Кардиальный отдел сформирован правильно, не изменен.

Пилорический отдел у мальчика М.: длина антральной части желудка 18 мм (норма до17 мм), толщина мышечной стенки 5 мм (норма до 3 мм). Пилорический канал 2–3 мм, эвакуация крайне замедленна. Ребенок был осмотрен хирургом, рекомендована госпитализация. Вечером, в день обращения, мать обратила внимание на остро начавшуюся рвоту. Утром ребенок был госпитализирован в ДГКБ № 13, прооперирован. Выписан домой на 5 сутки.

Пилорический отдел у девочки А.: длина антральной части 21 мм, толщина мышечного слоя 6–7 мм. Пилорический канал до 2 мм. Эвакуация замедлена. На следующий день ребенок был госпитализирован в ДГКБ №13, прооперирован. Выписана домой на 4 сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При наличии у ребенка недостаточной прибавки в весе, рвоты или постоянных срыгиваний вне зависимости от возраста, обязательным является УЗИ органов брюшной полости

ЧАСТОТА РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ

Шилова Н.А., Харламова Н.В., Чаша Т.В., Межинская С.А., Чуракова Е.В., Межинский С.С.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» МЗ РФ, г. Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ретинопатия недоношенных – тяжелая витреоретинальная патология глаза, развивающаяся преимущественно у детей с массой тела при рождении менее 1500 г, исходом которой является нарушение зрения, варьирующее от корригируемой миопии до двусторонней слепоты.

ЦЕЛЬ

Определить частоту ретинопатий недоношенных у детей, потребовавших лечения в отделении реанимации новорожденных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследование детей из группы риска по развитию ретинопатии недоношенных (РН) проводилось с помощью обратной офтальмоскопии бинокулярным офтальмоскопом. При обнаружении признаков прогрессирования заболевания проводилась цифровая ретиноскопия с использованием педиатрической камеры Ret Cam Shuttle.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 2015 году в ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» МЗ РФ в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных находилось на лечении 339 детей со сроком гестации до 35 недель и массой тела менее 2250 г. Именно эти дети составляют группу риска по развитию ретинопатии. Осмотры окулистом проводились в соответствии с приказом №442н от 25 октября 2012 г. Частота развития РН составила 49 случаев (14,5%). Дети родились на сроке беременности от 25 до 34 недель (средний ГВ – 29,3 нед), массой тела от 485 до 2200 г (в среднем 1228,9 г). В зависимости от массы тела при рождении РН встречалась у детей с ЭНМТ в 38,7% случаев (19 детей), у ОНМТ – в 44,9% случаев (22 ребенка), с НМТ – в 12,2% случаев

(6 детей), у 2 детей (4,1%) с массой тела более 2 кг. В зависимости от гестационного возраста РН встречалась у 20 детей (40,8%) при сроке беременности менее 28 недель, у 22 детей (44,9%) – 29–31 неделя, у 7 детей (14,3%) – более 32 недель.

У 39 детей (79,6%) диагностирована I и II стадия заболевания, и при последующем скрининговом обследовании установлен самопроизвольный регресс РН. У 10 детей (20,4%) было диагностировано прогрессирование РН до III стадии, по поводу чего проводилась транспупиллярная лазерная коагуляция аваскулярных зон сетчатки с помощью лазерной установки Pascal. При этом полный регресс РН произошел у 7 детей. Эффективность лечения составила –70%. У 3 детей с задней агрессивной формой РН прогрессировала до IVa стадии, дети своевременно направлены на витреоретинальное оперативное лечение в НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, г. Москва. При этом всем детям выполнялась двухсторонняя ленсвитроэктомия. В двух случаях удалось добиться сохранения зрительных функций. Лишь у одного ребенка оперативное лечение было не эффективно и сформировалась двухсторонняя отслойка сетчатки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Установлена частота формирования ретинопатий недоношенных и её тяжелых форм в зависимости от массы тела и гестационного возраста.

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫМ ПУТЕМ

Шогенова Ф.М., Жетишев Р.А., Узденова З.Х.

КБГУ, г. Нальчик

АКТУАЛЬНОСТЬ

Родовой травматизм плода может возникать в результате затруднений при прохождении плода через родовые пути. Операция кесарево сечение призвана обойти эти препятствия и свести к минимуму возможность родовой травмы. Особого внимания заслуживает вопрос о неврологических повреждениях плода при оперативных родах.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилась оценка причин церебральных повреждений у детей, рожденных оперативным путем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами изучена медицинская документация 1105 детей, рожденных оперативным путем: 440 кесаревым сечением (I группа), 325 вакуум-экстракцией (II группа), 130 путем наложения акушерских щипцов (III группа) и 210 без оперативного вмешательства (IVгруппа).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основными показаниями для проведения КС были рубец на матке, гипоксия плода, аномалии родовой деятельности, для ОВЭ – аномалии родовой деятельности, гипоксия плода, сочетание показаний, для ОАЩ – экстрагенитальные заболевания у матери, гипоксия плода, преэклампсия.

В I группе своевременные роды произошли у 89,7% рожениц, преждевременные – 6,7%, запоздалые – у 3,6%, во II – 94,4%, 1,8% и 3,8%, в III – 90,7%, 6,2% и 3,1%, в IV – 92,9%, 3,3% и 3,8% соответственно.

Детей в удовлетворительном состоянии в IV группе родилось в 1,2–1,2–1,4 раза больше, чем в I, II и III группах соответственно. Средняя масса новорожденных при КС – 3320±328,64 г, при ОВЭ – 3438,33±361,88 г, при ОАЩ – 3412±493,87 г, в IV группе – 3290±310,54 г.

Церебральная ишемия I степени в I группе была в 3,5–1,6–3,1 раза чаще, чем во II, III и IV группах детей соответственно. ЦИ II ст. в I и III группах была в 1,3 раза чаще, чем во II и IV. Церебральная ишемия III ст. во II группе отмечена в 1,7–1,5–3,3 раза чаще, чем в I, III и IV группах новорожденных.

При ЦИ I ст. наблюдались синдром гипервозбудимости, нарушения мышечного тонуса, срыгивания. При ЦИ II ст. – синдром угнетения, срыгивания, нарушения мышечного тонуса. При тяжелых повреждениях ЦНС ишемически-гипоксического генеза у новорожденных наблюдались снижение мышечного тонуса и исчезновение

сосательного и глотательного рефлексов, изменение двигательной активности, глазная симптоматика и судорожный синдром.

На II этап выхаживания в связи с сохранявшейся неврологической симптоматикой были переведены 3,0% детей I, 5,5% детей II, 6,2% детей III и 0,95% детей IV группы.

Нами установлено, что ЦИ I ст. достоверно чаще имело место у детей при КС, что было объяснимо наркозной депрессией, быстрым извлечением, исключающим прохождение головки через родовой канал и адаптацию головного мозга. ЦИ II ст. и ЦИ III ст., наблюдавшиеся с одинаковой частотой во всех группах, были следствием длительной гипоксии мозга плода или кратковременной тяжелой гипоксической и травматической интранатальной ишемии. Тяжелое состояние детей, родившихся путем ОАЩ, наблюдалось при наложении полостных акушерских щипцов, в случаях затяжных родов в заднем виде затылочного предлежания, не своевременно диагностированном асинклитическом вставлении головки, крупном плоде, переношенной беременности. В группе детей, рожденных путем ОВЭ, тяжелое состояние новорожденных наблюдалось после затяжных родов с длительным безводным промежутком, повторными попытками медикаментозной коррекции слабости родовой деятельности, хориоамнионитом и эндометритом в родах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, церебральные повреждения у детей, рожденных оперативным путем, были связаны с осложненным течением беременности и родов, недооценкой клинической ситуации при выборе метода родоразрешения и, в большинстве случаев, предотвратимы.

Общественное здравоохранение

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В АКУШЕРСТВЕ

Атласов В.О., Долгов Г.В., Ярославский К.В., Ярославский В.К.

СПб ГБУЗ «Родильный дом №9», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальность темы обусловлена высокой частотой возникновения тяжелых критических состояний у женщин с акушерской патологией (преэклампсия, кровотечения, родовой травматизм, перитонит, сепсис), представляющих высокий риск материнских потерь.

ЦЕЛЬ

Изучение состояний, предшествующих развитию «near miss», поскольку они не возникают спонтанно и неожиданно, им предшествуют определенные этапы оказания недостаточно эффективной медицинской помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оценки медицинской помощи в этот период считаем обоснованным использовать «показатель риска возникновения критических акушерских состояний», который соответствует числу родов, приходящихся на один случай «near miss». Кроме того, этот период наиболее результативен по эффективности оказания адекватного лечения.

Решение указанной проблемы во многом зависит от оказания медицинской помощи надлежащего качества. В настоящем исследовании предприняты попытки оценки качества медицинской помощи на ранних стадиях наблюдения, предшествующих состоянию «near miss».

Анализ частоты критических состояний показал, что общее число случаев «near miss» в Санкт-Петербурге в 2015 году составило 71, что соответствует 0,1% от общего числа родов, соотношение материнской смертности и случаев «near miss» – 1: 5,1. Критические состояния возникли после 22 недель беременности у 70,4%, до 22 недель – у 29,6% пациентов. Изучение структуры причин развития «near miss» показало, что первое место занимают акушерские кровотечения (47,8%), второе – преэклампсия и эклампсия (23,5%), третье – разрыв матки (8,5%). До 22 недель беременности наиболее частой причиной была внематочная беременность (11,2%), аборты и их осложнения зарегистрированы в 8,4% случаев.

Структура акушерских кровотечений, приведших к состоянию «near miss» такова: последовые и ранние послеродовые кровотечения – 55,8%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 17,6%, предлежание плаценты – 17,6%, приращение плаценты – 8,8%.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По всем случаям критических состояний проведена экспертиза качества медицинской помощи на этапах ведения пациенток до возникновения состояния «near miss». Анализ экспертиз показал, что в 82,7% случаев была оказана медицинская помощь ненадлежащего качества. Большинство дефектов ведения выявлены на этапах постановки диагноза (34,3%) и проведение лечения (36,8%). Дефекты обследования и нарушения преемственности обнаружены в 18,4% и 12,8% наблюдений. Согласно классификации врачебных ошибок, выявленные дефекты относятся к пятому и шестому классам ненадлежащего качества медицинской помощи, поскольку они привели к ухудшению состояния пациентов, что потребовало больших усилий для предотвра-

щения неблагоприятного исхода. У 14,3% пациентов, причинами развития «near miss» явились организационно-тактические факторы (позднее поступление в стационар, невозможность перевода в учреждение III уровня, запоздалая консультация смежных специалистов).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как показали проведенные исследования контроль качества медицинской помощи, учет и коррекция факторов риска развития критических состояний способствуют снижению их частоты и тяжести, а решение организационных вопросов (сплошной мониторинг беременных женщин групп риска, реализация алгоритма трехуровневой маршрутизации, привлечение специалистов многопрофильных больниц к работе в родовспомогательных учреждениях) позволит снизить риск как «near miss», так и материнской смертности.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ

Балыкова О.П., Чернова Н.Н., Ласеева М.Г., Китаева Л.И.

ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», г. Саранск; Мордовский республиканский центр профилактики и борьбы со СПИД, г. Саранск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из приоритетных задач формирования репродуктивного поведения молодежи является повышение уровня сексуальной культуры. Сексуальная культура – это часть общей культуры, которая отражает отношение к ценностям, способствующим сохранению и укреплению репродуктивного здоровья, а также владение определенным уровнем знаний о сексуальном поведении и его основополагающих признаках. При этом уровень сексуальной культуры оказывает большое влияние на формирование физическое и психическое здоровье молодых людей.

Всемирная организация здравоохранения отмечает тот факт, что миллионы людей во всем мире ежегодно заражаются различными инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Наиболее социально значимыми заболеваниями, среди которых, являются СПИД и сифилис (по причине того, что происходит поражение в основном лиц молодого репродуктивного возраста).

ЦЕЛЬ

Целью исследования является анализ заболеваемости детского населения Республики Мордовия ВИЧ-инфекцией и сифилисом. Определение профилактических мероприятий, направленных предупреждение распространения ВИЧ-инфекции и заражения сифилисом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По данным статистического наблюдения в 2015 году на территории Республики Мордовия был зафиксирован случай ВИЧ-инфицирования девочки-подростка (учащейся колледжа) при гетеросексуальном контакте, а также 2 случая заражения сифилисом в возрастной категории от 2 до 14 лет и 1 случай – от 15 до 17 лет. При этом, в двух случаях из трёх, путь инфицирования был также – половой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По этой причине возникает необходимость проведения мероприятий направленных на повышение общего культурного уровня населения, особенно среди граждан фертильного возраста, в том числе учащейся молодежи. В частности: активизировать профилактическую работу по предотвращению заражения ИППП путем реализации профилактических образовательных программ с обеспечением всеобщего доступа к достоверной информации о путях передачи инфекции и методах ее профилактики в отношении сифилиса и ВИЧ-инфекции врачами первичного звена, врачами общей практики, общественными организациями и педагогами. То есть, проведение первичной профилактики, направленной на изменение стиля сексуального поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, зафиксированные случаи ВИЧ-инфицирования и заражения сифилисом у лиц молодого возраста указывают на необходимость проведения профилактических мероприятий, направленных на формирование адекватного репродуктивного поведения. Основными формами реализации при этом, могут выступать как распространений печатной продукции, поведение «круглых столов», «посещение» организованных специальных сайтов, в частности www.spidrm.ru. Так и чтение лекций квалифицированными специалистами. В частности: врачами-венерологами, медицинскими работниками регионального центра профилактики и борьбы со СПИД, а также преподавателями медицинского института ВУЗа.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ЖЕНЩИН С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Бантьева М.Н.

ФГБУ «ЦНИИ ОИЗ» Минздрава России, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Материнская смертность (далее МС) в России устойчиво снижается. В 2015 году она составила 11,3 на 100 000 родившихся живыми – абсолютный исторический минимум для страны, что однако выше, чем в странах ЕС (около 6). Выявление резервов для снижения МС представляется актуальным.

ЦЕЛЬ

Выявить и проанализировать причины МС среди наркозависимых женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ причин МС в России за 2008–2015 годы (2444 случаев). Методы: выкопировка данных из пояснительных записок главных акушеров-гинекологов регионов на случаи МС; аналитический метод; статистическая обработка данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлено 66 случаев смерти женщин с наркозависимостью в период беременности, родов и послеродовом / послеабортном периодах, что составило 2,7% случаев МС от всех причин. Все случаи связаны с инъекционным способом введения наркотических средств.

В абсолютных числах МС женщин с наркозависимостью снижается (с 12 случаев в 2008 г. до 6 – в 2015 г.), в относительном выражении отмечается стагнация (3,3% материнских смертей от всех причин как в 2008 г. так и в 2015 г.), что объясняется снижением уровня МС в целом. Её динамика за 2008–2015 годы носит волнообразный характер с пиком 2011 в году (15 случаев или 4,9%).

Наибольшее число таких случаев отмечено в ЦФО – 50,0%, на 2 месте СЗФО – 16,7%, на третьем – СФО – 12,1%, на четвёртом ПФО – 9,1%, на пятом – УФО – 7,6%, менее всего данных случаев отмечено в ЮФО – 4,5%, в остальных ФО данные случаи отсутствовали.

Самой распространённой причиной смерти женщин исследуемой группы по данным патологоанатомических заключений, явился септический шок на фоне иммунодефицитного состояния (89,4%) с первичным очагом инфекции в виде флегмон и тромбофлебита вен нижних и верхних конечностей, как следствие применения инъекционных форм наркотических препаратов (71,2%); в виде диссеминированного туберкулёза (10,6); а также метроэндометрита после прерывания беременности или родов (7,6%), осложнённых сепсисом.

Сочетание с ВИЧ инфекцией и диагноз СПИД различных стадий был выставлен 48,5% погибших рассматриваемой группы, сочетание с ВГС – 45,5%.

Гибель женщин в 4,5% случаев была обусловлена острым отравлением опиатами.

Кроме того, были отмечены случаи смерти беременных женщин с наркозависимостью от геморрагического шока (6,1%): при внематочной беременности и при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты на фоне гестоза.

Распределение погибших беременных и рожениц по срокам гестации на момент завершения беременности следующее:

– до 12 недель (ранние прерывания беременности) – 6,1%;

– 12–21 неделя (поздние прерывания беременности) – 25,7%;

– 22–27 недель (сверхранние роды) – 15,2%;

– 28–36 недель (преждевременные роды) – 31,8%;

– 37–41 неделя (своевременные роды) – 9,1%;

– умерли беременными в сроке до 22 недель – 9,1%;

– умерли беременными в сроке 22 недели и более – 3,0%.

Средний возраст умерших беременных, рожениц и родильниц с сопутствующим диагнозом наркозависимости составил 29 лет. Наблюдается его увеличение с 26,8 лет в 2008 до 31 года в 2015 г.

Живыми при этом родилось 20 детей (29,0%), 16 из которых преждевременно (80,0 %).

Три случая МС произошли при беременности двойней (4,5%).

На каждую погибшую женщину приходился в среднем 1 рождённый ею в предыдущие или данную беременность живой ребёнок, теперь оставшиеся без матери.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как показало исследование профилактика употребления психоактивных веществ среди молодёжи может явиться одним из способов сохранения здоровья, а зачастую и жизни как потенциальной матери, так и рождающегося потомства.

СТРУКТУРА ПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Бантьева М.Н., Рыбакова М.Ю.

ФГБУ «ЦНИИ ОИЗ» Минздрава России, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Согласно ВОЗ, доля родоразрешения путём операции кесарево сечение (далее КС) не должна превышать 15%. Это означает, что КС должно производиться исключительно по медицинским показаниям, когда естественные роды невозможны или сопряжены с риском для жизни матери или ребёнка.

ЦЕЛЬ

Изучить долю КС и структуру показаний к его проведению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализирован метод родоразрешения и структура показаний к проведению КС у пациенток состоявших на учете в одной из женских консультаций города Москвы за 2009–2015 годы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За рассматриваемый период наблюдается постепенный рост общего числа родов (на 38,3% за 7 лет). Доля кесаревых сечений среди всех родов в изучаемые годы волнообразно колеблется около 22%, с максимумом в 2010 году (27,0%).

Всего за этот период беременность завершилась родами у 6200 состоявших на учёте пациенток, из них в 1403 случаях кесаревым сечением (КС) (22,6%). При этом плановое кесарево сечение проведено в 59,7% случаев, экстренное – в 40,3%.

Показания к КС наиболее часто акушерские (86,2%): рубец на матке – 26,2%, слабость родовой деятельности – 13,6%, острая гипоксия плода – 10,9%. По экстрагенитальным показаниям КС проводится гораздо реже (12,9%): миопия высокой степени – 5,2%, возраст 30 лет и старше – 2,4%.

Акушерские показания встречаются наиболее часто как при плановом (78,4%), так и при экстренном (97,8%) КС, однако структура их в каждом из двух рассматриваемых случаев совершенно разная. Так структура показаний к КС в плановом порядке следующая: рубец на матке – 42,1%, тазовое предлежание плода – 11,3%, гестоз – 7,4%, беременность в результате ЭКО – 6,5%. Структура показаний к КС в экстренном порядке: первичная и вторичная слабость родовой деятельности – 33,7%, острая гипоксия плода – 27,1%, клинически узкий таз – 14,0%, дискоординация родовой деятельности – 7,4%, преждевременная отслойка нормально и низко расположенной плаценты – 3,6 и 2,5% соответственно.

КС по причине экстрагенитальной патологии – на втором месте (12,9%), в плановом порядке – 20,7%, в экстренном – 1,4%. При этом

наиболее частым показанием к плановому КС явились: миопия высокой степени – 8,7%, возраст 30 лет и старше – 4,1%, патология позвоночника / костей таза (травмы в анамнезе, грыжи, дисплазии) – 2,4%. В экстренном порядке в данной группе пациентки прооперированы в основном по поводу: острого или обострения хронического пиелонефрита – 0,5%, сахарного диабета и болезней сердца у матери – по 0,3%.

На третьем месте среди показаний к КС – генитальная патология, не связанная с беременностью: 0,9% – при плановом КС и 0,8% при экстренном. Сюда вошли такие показания, как пороки развития матки (0,3%), миома матки (0,2%), киста яичника с нарушением питания (0,2%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Число родов за последние 7 лет имеет постоянную тенденцию к росту, что является положительным моментом для улучшения демографической ситуации в стране.

Доля оперативного родоразрешения путём кесарева сечения среди всех родов волнообразно колеблется на достаточно высоком уровне – около 22%, что может быть обусловлено увеличением частоты акушерской и экстрагенитальной патологии у беременных и рожениц в том числе и по причине увеличения их возраста. Рост доли родоразрешения путём кесарева сечения сам по себе ведёт к учащению случаев беременности с рубцом на матке (самое частое показание к Кесареву сечению) и, соответственно, росту доли оперативного родоразрешения в популяции по данному показанию.

В подавляющем большинстве случаев показания как к экстренному (97,8%), так и к плановому (78,4%) родоразрешению акушерские.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ОТ ПРЕЭКЛАМПСИИ В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В XXI ВЕКЕ

Волков В.Г., Гранатович Н.Н.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», г. Тула

АКТУАЛЬНОСТЬ

Медико-социальная значимость материнской смертности (МС) требует динамического анализа региональных причин.

ЦЕЛЬ

Провести аудит первичной медицинской документации на случаи МС от преэклампсии (ПЭ) в Тульской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ: индивидуальных карт беременных, историй родов, протоколов патологоанатомического вскрытия, актов судебно-медицинских экспертиз случаев МС, зарегистрированных в Тульской области в 2001–2015 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За 15 лет в Тульской области умерли 35 женщин по причинам, связанным с беременностью, показатель составил – 12,2. Не зарегистрировано МС от внематочной беременности, разрыва матки, аборта. Отмечено снижение уровня МС на 52,25%, с 25,5 (2001–2005 гг.) до 9,26 (2011–2015 гг.), однако, целевой показатель 6,8 на 2014 г. не достигнут. Данные анализировались по 5-летним периодам: 2001–2005 гг., 2006–2010 гг., 2010–2015 гг. Первое место среди причин МС занимает ПЭ и эклампсия (25,7%) и имеет тенденцию к росту, за анализируемый период умерла каждая четвертая женщина, рост в структуре смертности с 32,25% (2001–2005 гг.) до 42,8% (2011–2015 гг.). Из общего числа (n=9) умерших от ПЭ и эклампсии 8 женщин умерли после родов, 1 – умерла на дому беременной. По возрасту:15–19 лет – 1; 20–24 года – 4; 25–29 лет – 2; 30–34 года – 1; 35–39 лет – 1. Сельских жительниц – 33,3%. Пер-

вородящих – 6, повторнородящих 3. Среди умерших: домохозяйки – 5, работающие – 3, студентки – 1. По беременности наблюдались все женщины, в ранние сроки беременности встали на учет 7, во 2 триместре 2. Все беременные страдали соматической патологией, в среднем 1,7 заболевания пришлось на каждую беременную. Нозологические формы: хронический пиелонефрит, анемия, нейроциркуляторная дистония, ожирение, заболевания щитовидной железы, аденома гипофиза, хр. персистирующий гепатит. Первые клинические симптомы появились у 4 пациенток в сроке беременности 24–28 недель, госпитализированы в стационары II и III уровня, 3 из них были выписаны с формулировкой «с улучшением состояния», повторно поступили уже в крайне тяжелом состоянии: 2 после приступа эклампсии, 1 с HELLP синдромом. Все 8 пациенток родоразрешены путем операции кесарево сечение в экстренном порядке. По сроку беременности умершие распределились следующим образом: до 27 нед. – 1; 28–32 нед. – 1; 33–37 нед. – 6; 38–40 нед. – 1. Большинство летальных исходов произошли после родоразрешения в сроках 33–37 недель беременности, однако первые симптомы тяжелых форм ПЭ начинали развиваться в сроке 26–32 недели.

Выявлены серьезные просчеты в диагностике и лечении ПЭ: недооценка симптомов раннего начала, недостаточная лабораторная диагностика, необоснованная выписка из стационара, нерациональная терапия после родоразрешения (полипрагмазия, передозировка препаратов), что можно расценивать как ятрогению в причине смерти. Недоучет в выборе уровня стационара имел место в каждом втором случае, что требовало перетранспортировки для дальнейших реанимационных мероприятий. На первой неделе после родоразрешения умерли 3 из 8 женщин (37,5%). Смерть пациенток с ПЭ и эклампсией в 5 случаях наступила в стационарах III уровня, в 3 на II уровне, в 1- на дому. В непосредственных причинах смерти преобладала полиорганная недостаточность. Предотвратимость определена для 5 случаев из 9.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За 15 лет XXI века на фоне общего снижения МС в Тульской области на отмечается достоверный рост в ее структуре смертности от ПЭ и эклампсии.

ФОРМИРОВАНИЕ ГРАМОТНОСТИ МОЛОДЕЖИ В ВОПРОСАХ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ВЕДУЩЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ АКУШЕРКИ

Гречанинова Л.М., Литвинова Н.И., Шумова А.Л.

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

АКТУАЛЬНОСТЬ

Мониторинг и анализ репродуктивного здоровья молодежи является важным условием для определения приоритетных направлений профилактической работы, оптимизации структуры и ресурса рабочего времени акушерки, дополнительной профессиональной подготовки в рамках непрерывного медицинского образования. Основным фактором, влияющим на репродуктивное поведение молодежи, является грамотность в вопросах здоровья, включающая в себя осведомленность об основных факторах рисках, понимание роли профилактики, здорового и безопасного образа жизни.

ЦЕЛЬ

Изучить у девушек потребность в информации по вопросам репродуктивного здоровья, а также определить приоритетные направления работы акушерки по формированию грамотности в вопросах здоровья.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках исследования было проведено анкетирование 203 девушек в возрасте 16–18 лет – студенток медицинского колледжа. Вопросы анкеты включали следующие направления: самооценку и информированность по вопросам индивидуального здоровья, потребность в информации и источники информирования, факторы

образа жизни, обращаемость за медицинской помощью по вопросам, связанным с репродуктивным здоровьем.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты исследования показали, что практически все опрошенные считают себя полностью информированными по вопросам, связанным со здоровьем, и не испытывают потребности в дополнительной информации (97,5%). Нарушение менструальной функции отметили у себя 36,9%, при этом практически все обращались по данной проблеме к специалистам.

Выразили желание получить информацию по факторам риска развития конкретных заболеваний у женщин, влияющих на здоровья ребенка и акушерскую патологию (56,6%), проявили готовность обсуждать данные вопросы с акушеркой (44,3%), однако считают, что именно медицинские работники должны проявить заботу о состоянии здоровья женщины, как будущей матери (81,3%). Учитывая, что основными источниками информации по вопросам репродуктивного здоровья для девушек являются члены семьи, и образ жизни определяется именно семейными установками и ценностями (70,0 %), а источником оперативной дополнительной информации является интернет (27,1%), становится актуальным вопрос о поиске эффективных технологий профилактической работы акушерки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ результатов исследования показал, что, во-первых, отношение к собственному здоровью определяется у девушек именно семейными установками. А во-вторых, ответственность за недостаточную информированность при возникновении заболеваний перекладывается на медицинских работников. Поэтому необходим поиск эффективных форм работы акушерки по формированию грамотности в вопросах репродуктивного здоровья молодежи, позволяющих изменить точку зрения и восприятие информации. Такой технологией является рефрейминг. Учитывая широкое использование интернета, как самими девушками, так и их родителями, необходимо освещать вопросы репродуктивного здоровья на сайте детской поликлиники.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ДНК-ТЕСТОВ РОДИТЕЛЕЙ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ МОНОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ

Кречмар М.В.

Клиника репродукции и генетики NGC, г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Риск рождения ребенка с врожденной патологией есть в каждой семье при каждой беременности и составляет в среднем 2%. По этиологии – это генные и хромосомные мутации. При анеуплоидиях повторный риск незначительный. При моногенной патологии вероятность больного ребенка остается одинаково высокой весь репродуктивный период семьи. Моногенная патология у одного ребенка повышает риск рождения следующих больных в семье. С учетом распространенности и законов передачи генов рецессивных моногенных заболеваний, вероятность больного (гомозиготы по мутациям) есть абсолютно у всех, не зависит возраста, состояния здоровья и истории семьи. Вероятность большей части таких заболеваний – низкая (менее 1:1000), но риск отдельного заболевания может быть высокий – 25%.

Большая часть этих синдромов снижает качество жизни и продолжительность, вызывает полисистемные нарушения, задержку психомоторного и интеллектуального развития, для большинства синдромов лечение не разработано. Соответственно, исключить или подтвердить носительство можно только ДНК-тесту.

Созданные ДНК-панели для оценки множества генов одного индивида дают возможность использовать результаты в клинической практике.

ЦЕЛЬ

Определение статуса носителей, выявление семейных пар с высоким риском появления потомства с тяжелым наследственным заболеванием и активная генетическая профилактика для

этих родителей путем оказания консультативной помощи при изменении репродуктивных решений, диагностика плодов и эмбрионов с целью исключения гомозиготных вариантов и рождения только здоровых детей в этих семьях. Оптимизация обследования доноров в программах ВРТ для снижения вероятности больного потомства и предотвращения распространения частых мутаций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Создана клиническая модель применения комплексного ДНК-тестирования на носительство мутаций. Разработан алгоритм применения теста для групп разного уровня репродуктивных рисков, принципы медико-генетического консультирования на пре- и посттестовом этапах, рекомендации при установлении мутаций для носителей, их потомков и родственников.

Для определения статуса носителя использовалась панель на 48 мутаций в 35 генах наследственных заболеваний, разработанная в лаборатории «Генетико», г. Москва.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Группу повышенного риска рождения детей с моногенной рецессивной патологией представляют семьи, родители в которых являются родственниками разной степени родства. Комплексное ДНК тестирование на носительство мутаций позволило снизить вероятность рождения больных детей в этих семьях. Проведено тестирование 6 семей, носительство мутаций подтверждено у 5 человек. Проведен расчет репродуктивных рисков, определены пренатальным и постнатальным исследованиям.

Обследовано 63 потенциальных донора мужских и женских половых клеток. У 46 исследуемые мутации не обнаружены, статус определен как «низкий риск для потомства по исследованным заболеваниям», доноры были рекомендованы к участию в программе. У 6 человек выявлено носительство двух мутаций, они были исключены из программы ВРТ. При одной мутации статус донора определялся с учетом частоты встречаемости в популяции и тяжести проявлений. При установлении мутации у родителя или донора рекомендовано тестирование этого гена у второго биологического родителя.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексное генетическое тестирование должно быть рекомендовано всем будущим родителям. Применение его в широком масштабе позволит снизить частоту рождения детей тяжелыми наследственными синдромами.

ИСТОРИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ СЕЛА

Наймушина А.Г., Янтимирова Р.А.

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень; Тюменский индустриальный университет, г. Тюмень

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сохранение и развитие традиций отечественной системы здравоохранения продолжает оставаться фундаментом для инноваций в сфере здоровьесбережения.

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования являлось проведение исторического анализа основных причин материнской и детской смертности по данным Нижнетавдинского районного государственного архива и системы организации здравоохранения района с 1950 по 2000 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Статистические отчеты Нижнетавдинского районного государственного архива.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Вне зависимости от реструктуризации ЛПУ и дефицита врачебных кадров практически всегда была укомплектована ставка акушера-гинеколога. Укомплектованность средним медицинским персоналом зависела от субъективных матримониальных причин. Всего до 1962 г.

функционировало 8 коек в районной больнице и 9 в участковых, 4 в ФАПах. В 1962 года открыто родильного отделения на 15 коек. В стационаре родовспоможение в разные годы составляет от 70% до 98,08%. Медикаментозное обезболивание в родах от 4,21% до 30%. В этот период уменьшилось число криминальных абортов. В отчетах того времени содержаться отрывочные сведения о причинах смерти новорожденных и матерей, нет основных демографических показателей. В качестве примера, приведём ряд сведений за 1951–1965 гг. в хронологическом порядке. Смертность новорожденных на 1000 родившихся живыми: 1951 г. – 56,51. В 1954 году умерло 3 новорожденных (2 с весом менее 1500 гр.), 1 случай смерти у роженицы с диссеминированным туберкулезом. 1957 и 1958 гг. – 2 случая смерти новорожденных. Смертность новорожденных на 1000 родившихся живыми в 1962 г. – 11,4 (2 случая выпадения петли пуповины, 2 – внутриутробная гипоксия, уродства и аномалии развития – 1, недоношенный – 1). В 1963 году зарегистрирован 1 случай материнской смерти. Охват стационарным родовспоможением в 1964 г.– 82%, частота мертворожденных 3,8%, 1 случай смерти новорожденного. В целом, ни отрицательной, ни резко положительной динамики младенческой смертности в 70–80 гг. не наблюдалось (от 3 до 7 мертворожденных, 1–2 родовые травмы, 1–2 асфиксия). Сведения о материнской смертности отсутствуют. В 1984 году из участковых больниц убраны все хирургические и гинекологические койки, оставлено 2 родильные койки. Происходит централизация оказания стационарной медицинской помощи, в 1998 году все участковые больницы были преобразованы в филиалы ЦРБ. В 1999 году зафиксирован самый высокий показатель смертности новорожденных на 1000 родившихся живыми – 40,9; 1 беременная умерла от вторичного менингоэнцеалита. В эти годы отмечен высокий процент осложнений беременности и родов – в частности преждевременных родов и анемии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на отсутствие единого подхода при заполнении статистических форм отчетности и противоречивые данные, представленные в них были определены основные особенности организации родовспомогательной службы района за период с 1951 по 2000 гг. Во-первых, не выявлено четкой корреляции между материнской и младенческой смертностью и высокой ротацией кадров. Во-вторых, в районе отмечены единичные случаи материнской смертности. В-третьих, основными причинами смерти новорожденных остаются: гипоксия и асфиксия в родах, уродства и аномалии развития, родовая травма.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЯЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРОВ

Панова И.А., Рокотянская Е.А., Малышкина А.И., Салахова Л.М., Дудов П.Р.

ФГБУ «ИвНИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России, г. Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

Симуляционное обучение – образовательная методика технологии оказания экстренной помощи, основанная на приобретении навыков выполнения тех или иных манипуляций, уверенности в собственных силах, знаниях и работе в команде согласно отработанному алгоритму. При этом главным является приобретение необходимых практических и теоретических знаний, не нанося вред здоровью человека, при сохранении реалистичности моделирования. В настоящее время манипуляции, связанные с риском осложнений при их проведении, изучаются студентами и ординаторами при помощи симуляционных технологий. Этого лишены врачи, получившие высшее образование в те годы, когда данные методики не были внедрены в обучающий процесс. Изменение ситуации возможно с применением симуляционных технологий в последипломном образовании.

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности симуляционных технологий в подготовке врачей акушеров-гинекологов и ординаторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 50 врачей акушеров-гинекологов, прошедших циклы ТУ «Клиническое акушерство (практический курс с использованием симуляционных платформ и тренажеров родов)» на кафедре акушерства и гинекологии, неонатологии, анестезиологии и реаниматологии ФГБУ «Ив НИИ МиД имени В.Н.Городкова» Минздрава России и 20 ординаторов 1-го и 2-го годов обучения по специальности «акушерство и гинекология». Средний возраст врачей составил 32±2,1 года, ординаторов – 24±1,3 года. Статистический анализ осуществлялся в пакете лицензионных программ «Exel 2007»; достоверность различий между показателями оценивалась с использованием t-критерия (уровень значимости $p<0,05$ считался достоверным).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выполнение комплекса реанимационных мероприятий при остановке сердца является одним из важнейших навыков в оказании неотложной помощи при экстренных состояниях в акушерстве. Отработка данной манипуляции производится на манекене-тренажере «Оживленная Анна» (Laerdal Medical AS, Норвегия), который при помощи встроенного принтера обеспечивает объективную информацию о правильности выполнения ключевых приемов сердечно-легочной реанимации (СЛР). Компрессии оцениваются по трем параметрам – сила, частота, правильность расположения рук; вентиляция легких – по глубине вдоха, частоте и обеспечении проходимости дыхательных путей. Анализ исходных навыков выполнения СЛР показал, что правильность проведения вентиляций и компрессий у ординаторов достоверно выше, чем у врачей ($p=0,01$). Среди ошибок у врачей акушеров-гинекологов преобладали чрезмерно сильные и слабые компрессии и неправильное расположение рук, чрезмерно сильные и слабые вентиляции, вентиляции в желудок. Улучшения результатов проведения врачами акушерами-гинекологами и ординаторами всех этапов СЛР удалось добиться после отработки навыка на тренажере. При проверке итоговых навыков выполнения СЛР в обеих группах частота правильных вентиляций и компрессий достоверно возросла ($p=0,01$), и значительно снизился процент допускаемых ошибок ($p=0,02$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение методов симуляционного обучения значительно улучшает качество овладения практическими навыками ординаторами и повышает эффективность последипломного образования врачей акушеров-гинекологов.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПЛАНЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ: ВЗГЛЯД СКВОЗЬ ПРИЗМУ ВРЕМЕНИ

Покусаева В.Н., Мицюк Н.А., Майорова И.М., Остапенко В.М., Кобызева А.А.

Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск; Департамент Смоленской области по здравоохранению, г. Смоленск

АКТУАЛЬНОСТЬ

С 2013 г. начался перелом демографической ситуации, и уровень рождаемости превысил смертность. Однако в ряде регионов, в том числе в Смоленской области демографическое явление, известное как «Русский крест», преодолеть не удалось. И хотя отрицательный прирост к 2015 г. сократился до -5,8%, уровень рождаемости значительно ниже, необходимого для простого воспроизводства населения.

ЦЕЛЬ

Определение реального репродуктивного потенциала Смоленского региона и перспективы его реализации. Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта «Репродуктивное поведение, родильные и акушерские практики в России XVI–XXI вв.: медико-антропо-

логический и историко-этнологический анализ», (№16–01–00136).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы статистические данные по области, проведено анкетирование 332 девушек и юношей, не имеющих на момент опроса детей, и 110 родильниц после 1-х родов на предмет их дальнейших репродуктивных планов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В Смоленской области снизилась доля детей и подростков с 20,4% в 2001 г. до 16,4% в 2015 г. Особенно ощутимы «потери» среди подростков: с 2011 г. их количество уменьшилось на 20,8%! Рождаемость с 2009 г. стабильна – 10,4–10,8 на 1000, однако в 2015 г. Появилась отрицательная динамика (-2,1%).

Анализ репродуктивных планов молодежи:. 37 из 332 (11,1%) опрошенных планируют иметь только 1 ребенка, 211 (63,6%) – 2-х, а 79 (23,8%) – 3-х и более. Не определились с планами 5 (1,5%). Отрадно, что опрошенные намерены (хотя и статистически незначимо) родить больше детей (2,2±0,7), чем их родители (1,8±0,6, p=0,08). Возможные сроки начала реализации детородной функции: до 25 лет – треть (120 – 36,2%), в 25–30 лет – более половины (188 – 56,6%), после 30 лет – 16 (4,8%) и не определились 8 (2,4%).

Отметим, что мнение родителей и их поддержка может стать одним из «рычагов» управления репродуктивными планами молодых. К сожалению, из 94 ответивших на вопрос о том, как часто они обсуждают с родителями свой будущий репродуктивный выбор, только каждый пятый (17 – 18,0%) неоднократно затрагивал эту тему. Треть молодых людей (37 – 39,4%) никогда не обсуждали этот вопрос в семье, а 40 (42,6%) – коснулись его «пару раз». Дефицит родительского внимания в этом вопросе очевиден, ведь более половины опрошенных (53 – 56,4%) считают мнение родителей «важным» и «очень важным», в том числе 14 из 77 (18,2%) из тех, с кем родители никогда или очень редко обсуждали эту тему!

Анкетирование родильниц показало увеличение среднего возраста первородящих (25,3+3,9 года) по сравнению с периодом 10–15-летней давности. Доля 25–30-летних (44 – 40,0%) приблизилась к 20–24 летним (46 – 41,8%). Сравнительно немного (4 – 3,6%) не достигших 20-летнего возраста и «возрастных» (16 – 14,6%). В дальнейшем только половина (53 – 48,2%) первородящих готова увеличить размеры семьи, 10 (9,1%) категорично отказались от этой мысли, около 40% (47) – колеблющиеся.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, доля фертильного населения Смоленщины в ближайшие годы будет неуклонно уменьшаться. Поддержание рождаемости в регионе происходит преимущественно за счет повторных родов. Позитивный настрой молодежи региона позволяет надеяться на стабилизацию демографической ситуации. В поддержании уровня рождаемости важна роль потенциальных бабушек и дедушек. Помимо семьи просветительской и пропагандистской работой на всех этапах репродуктивного выбора женщинам и мужчинам должны помогать грамотные и убежденные в необходимости многодетности учителя, врачи, средства масс-медиа.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ СНИЖЕНИЯ СЛУЧАЕВ «NEAR MISS»

Судаков А.Г., Николаева Е.В., Галенчик С.А., Билько А.В.

ГАУЗ АО «АОКБ». Областной перинатальный центр, г. Благовещенск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В 2015 году случаев «Near miss» в Амурской области было 84. Среди причин случая «Near miss» преэклампсия – 64,2%, кровотечения – 34,5%. В 2014 году основной причиной были кровотечения 77,6%, преэклампсия – 21,6%. При этом значительно их количество уменьшилось на I и II уровнях. Частота преэклампсий на I уровне уменьшилась в 4 раза, на II уровне в 1,6 раза. Кровотечения на I уровне уменьшились в 12 раз, на II уровне в 6 раз.

ЦЕЛЬ

После анализа основных причин «Near miss» в 2014 году, были усилены организационные подходы к повышению качества акушерской помощи. Среди них: мониторинг дистанционным консультативным центром и отбор групп риска для маршрутизации, дистанционное консультирование 7/24, маршрутизация и транспортная инфраструктура, соблюдение Порядков оказания помощи, соблюдение клинических протоколов, регулярный и тщательный аудит соблюдения протоколов, тренинги готовности к оказанию экстренной помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Осуществлялся разбор на заседаниях врачебных комиссий всех без исключения случаев «едва не умерших» при беременности и родах пациенток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Антенатальный трансфер составил – 340 в 2015 году, 215 в 2014 году.

Возраст женщин был: 17–19 лет – 12,1%, 20–24 года – 15,1%, 25–29 лет – 39,3%, 30–34 года – 15,4%, 35–40 – 18,1%. Место жительства: город – 42,5%, село – 57,5%. Семейное положение: состоит в браке 60,6%, состоит в незарегистрированном браке – 27,2%, одинокая – 12,2%.

Вредные привычки отсутствуют у 72,7% женщин, курение у 18,1%, нет данных у 9,1%.

Беременность была первая у 30,3% женщин, 18,1% вторая, 24,2% третья, 15,1% четвертая, 12,3% пятая и более.

Экстрагенитальные заболевания: анемия – 27,2%, заболевания органов дыхания – 18,1%, пороки сердца – 15,1%. 57,5% экстрагенитальных заболеваний выявлены до беременности, 42,5% во время беременности.

В 93,9% случаев осуществлялось наблюдение врачом акушером-гинекологом, в 6,1% совместно с врачом общей практики. Первая явка при беременности в 66,6% до 12 недель беременности, 21,2% в сроки 13–21 неделя, 9,1% в сроки 22–27 недель. 28 и более недель – 3,1%.

60,6% беременных были госпитализированы во время беременности многократно, 21,2% однократно и 18,2% отказывались от госпитализации. 33,3% беременных поступили в стационар в удовлетворительном состоянии, 30,3% в состоянии средней тяжести, 36,4% в тяжелом состоянии.

Основные ошибки на амбулаторном этапе: 27,2% – неполное обследование, 18,5% – отсутствие профилактических мероприятий во время беременности. Запоздалая госпитализация и недостатки диагностики по 15,1%.

На уровне стационара в 78,8% случаев ошибок не выявлено.

Среди факторов, которые могли бы предотвратить случай в 42,4% более ранняя диагностика патологического процесса, 30,3% – своевременная госпитализация, 18,1% – социальное благополучие.

По предотвратимости 75,7% случаев признаны условно предотвратимыми, 15,2% непредотвратимые.

1. Одним из основных факторов снижения числа «едва не умерших» составил антенатальный трансфер.

2. В случае использования критериев ВОЗ соотношение случаев материнской смертности к «near miss» будет как и в России 1:18, при использовании критериев из приложения к форме № 32, как в Лондоне 1:118.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резервами дальнейшего снижения случаев «Near miss» по причине экстрагенитальных заболеваний является своевременность их диагностики на амбулаторном этапе, адекватное диспансерное наблюдение смежными специалистами, соблюдение принципов этапности при оказании медицинской помощи, родоразрешение пациенток в учреждении родовспоможения III уровня.

ИННОВАЦИИ В ТРАДИЦИЯХ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ОТВЕТСТВЕННОГО И БЕЗОПАСНОГО СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ (ОПЫТ РАБОТЫ)

Таенкова И.О., Таенкова А.А., Троценко О. Е.

ФБУН «Хабаровский НИИ эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора, г. Хабаровск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Организации и учреждения, занимающиеся медико-санитарным просвещением, охвачены поиском новых подходов и форм деятельности. Особо это касается работы с молодежью. Ими не охотно воспринимаются лекции и беседы. Только 3,85% молодежи выбирают такую форму получения знаний. Чаще выбор происходит в пользу уличных акций – 57%, участия в агитбригадах, конкурсах – 34,6%, в использовании театральных приемов – 30,8%.

ЦЕЛЬ

Продемонстрировать эффективность традиционных, но адаптированных к современным вызовам, профилактических технологий для сохранения репродуктивного здоровья, формирования безопасного сексуального поведения по снижению риска заражения инфекциями, передающимися половым путем (ИППП)/ВИЧ и нежелательной беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основная характеристика инновации – новизна. Но есть форма инноваций как ретрононовведение. Это «старое», «забытое», используемое ранее, но которое вновь становится актуальным, обретая новое звучание и содержание. Нами проанализирован двадцатилетний опыт медико-санитарного просвещения молодежи с использованием авторских инновационных технологий, созданных на базе традиционных методов профилактики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Не отказываясь от традиций, мы не только используем дискуссии, ролевые игры, тематические кроссворды, но и разрабатываем авторские настольные игры, упражнения, которые адаптированы к уровню знаний и возрасту молодежи. Так, игры «Любовь, семья…», «Вершина успеха» используются для выявления осведомленности о путях передачи ВИЧ-инфекции, средствах защиты от ИППП/ВИЧ и нежелательной беременности. Информационно-просветительский курс «СПИД-зачет», курсы для будущих родителей «Ваш малыш» вызывают интерес у молодежи. Неформально проводится авторское упражнение «Ты – человек прогрессивный. Сохрани потенциал репродуктивный», при выполнении которого надо найти «плюсы» и «минусы» воздержания от случайных или ранних сексуальных связей. А упражнение «Узнай побольше о ленточке красной, сделай жизнь свою безопасной!» помогает развенчивать мифы, бытующие среди молодежи. Танцевально-двигательные технологии позволили нам адаптировать и использовать их в интерактивных занятиях «Ступени отношений», «Идеальный партнер». А проведение конкурсов молодежных агитбригад дало возможность побудить участников находить оригинальные формы подачи информации. Молодежь участвует в конкурсах социальных инноваций (проектов) по проблеме общественного здоровья, в которых есть номинации «Репродуктивное здоровье и семейное планирование», «Профилактика ПАВ/ИППП/ВИЧ». Участники предлагают опросы молодежи с использованием компьютерных технологий. Телепередачи проходят как ток-шоу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эффективность использования инновационных технологий доказана временем. За годы нашей системной работы произошло снижение пробы ПАВ среди молодежи в пять раз. Зафиксировано и снижение подростковой беременности, числа абортов у молодых женщин. Все чаще молодежь отдает предпочтение современным средствам контрацепции. А среди вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции все меньше

людей в возрасте до 30 лет. В Хабаровском крае для сохранения здоровья молодежи накоплен богатый опыт. Но только системная работа мультидисциплинарных команд по принципу «везде и всегда» с использованием инновационных технологий медико-санитарного просвещения смогут повлиять на эффективное формирование безопасного поведения и сохранение репродуктивного потенциала молодежи.

КРОВОТЕЧЕНИЕ КАК ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТИ

Фролова О.Г., Гусева Е.В., Гребенник Т.К., Рябинкина И.Н.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Снижение материнской смертности является важной медико-социальной проблемой, поэтому анализ материнских потерь от отдельных причин может способствовать разработке мер по их профилактике.

ЦЕЛЬ

Анализ статистических данных о кровотечении как причине материнской смерти за 2014–2015 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Карты донесения о случае материнской смерти (учетная форма №003/у-МС). Статистический анализ данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отмечено снижение показателя материнской смертности за 2014–2015 годы (с 232 случаев – 11,9 на 100000 живорожденных в 2014 г. до 206 – 10,8 – в 2015 г.).

Снижение материнских потерь за указанный период произошло от экстрагенитальных заболеваний, занимающих ведущее место в структуре причин: 87 случаев (37,5%) в 2014 г. и 77 случаев (37,4%) в 2015 г.

Второе место в структуре причин материнской смерти занимают кровотечения – 33 случая (14,2%) в 2014 г., 44 случая (21,4%) в 2015 г., т.е. число умерших женщин от кровотечений возросло на 11 случаев по сравнению с 2014 г.

При внематочной беременности в 2014 г. кровотечение явилось причиной смерти у 3 женщин, в 2015 г. – у 7; после прерывания беременности до 22 недель – у 1 в 2014 г. и у 10 – в 2015 г.; в родах и после родов – у 29 и 27 соответственно. Объем кровопотери определен как массивный с последующим геморрагическим шоком. Более чем у половины диагностирован острый ДВС-синдром.

Средний возраст умерших от кровотечений составил 32,1±3,5 лет. Более 80% составили повторнородящие с отягощенным анамнезом. Среди женщин Южного и Северо-Кавказского федерального округа более 50% многорожавшие.

Основные причины массивных акушерских кровотечений:

– преждевременная отслойка плаценты,

– гипотоническое кровотечение в последовом и послеродовом периоде,

– разрыв матки,

– врастание плаценты в стенку матки.

Большинство женщин родоразрешены путем операции кесарево сечение. У каждой третьей проведена релапаротомия, перевязка внутренних подвздошных артерий, более чем у половины – гистерэктомия.

Основные причины смерти при массивных кровотечениях:

– геморрагический шок, острая тяжелая анемия (60%),

– полиорганная недостаточность (24%),

– отек головного мозга (12%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отсутствие материнских потерь от кровотечений в отдельных субъектах Российской Федерации свидетельствует о наличии опыта по их предотвращению. Обмен опытом и повышение квалификации врачей акушеров-гинекологов будет способствовать снижению материнской смертности.

ПРЕДОТВРАТИМЫЕ ПОТЕРИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Шогенова Ф.М.

КБГУ, г. Нальчик

АКТУАЛЬНОСТЬ

Детская инвалидность в России является актуальной медико-социальной проблемой. Численность детей-инвалидов в стране за последние 15 лет увеличилась с 201,7 в 2000 г. до 211,7 на 10000 детского населения в 2014 г. Среди причин инвалидизации детей 70% составляют психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы, врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения.

ЦЕЛЬ

Поиск резервов предотвратимых потерь здоровья детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами изучена медицинская документация, отобранная методом сплошной выборки, 115 детей-инвалидов, находившихся на санаторно-курортном лечении.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст детей составил 11,16±2,67 года, девочек 34,8%, мальчиков 65,2%. Средний возраст матерей 28,8±4,39 года, отцов 33,2±3,78 года. Детей от 1 беременности 22,6%, от 1 родов – 32,2%. Среди экстрагенитальных заболеваний у матерей: 19,1% – анемии, 13% – заболевания мочевыделительной системы, 11,3% – эндокринной системы (ожирение, гипо- и гиперфункция щитовидной железы, сахарный диабет), 6,1% – психические расстройства. Гестационный период осложнялся отеками, артериальной гипертензией и протеинурией у 26,1% беременных, угрозой прерывания беременности в разные сроки гестации – у 40,9%, гипоксией плода – у 39,1%. Родоразрешены кесаревым сечением 20,9% матерей. Недоношенными родились 9,6% детей, переношенными – 7,8%. В удовлетворительном состоянии родилось 67,8% детей, в состоянии умеренной асфиксии – 24,3%, в тяжелой асфиксии – 7,8%. Осложненное течение раннего неонатального периода отмечено у 15,7% детей с врожденными пороками развития, пневмонией, родовыми травмами.

В течение 1-го года жизни детей зарегистрированы частые ОРЗ, ОРВИ, риниты, ларингиты, фарингиты, отиты. Отмечена запоздалая постнатальная диагностика перинатальных поражений нервной системы и несвоевременное начало лечения детей.

Среди причин инвалидизации детей 33,1% составили психические расстройства и расстройства поведения (олигофрения, детский аутизм, задержка психо-речевого развития, эпилепсия), 25,2% – врожденные пороки развития, хромосомные нарушения, 21,7% – болезни нервной системы (последствия перинатальных поражений нервной системы в виде спастических форм детского церебрального паралича, последствия родовых травм), приобретенные заболевания и последствия травм – 20%.

Среди причин, повлиявших на инвалидизацию детей, наиболее значимыми для исследуемой группы были: возраст родителей старше 35 лет на момент зачатия, наличие отягощенного генетического анамнеза, экстрагенитальных заболеваний, болезней зависимости, хронические стрессовые ситуации, осложненное течение беременности и родов, недоношенность и переношенность, нерациональное ведение родов, дефекты пренатальной и постнатальной диагностики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, каждый третий ребенок-инвалид страдает психическими расстройствами, у каждого четвертого – врожденные пороки развития, у каждого пятого – последствия перинатальных поражений нервной системы. Развитию инвалидизирующих форм детского церебрального паралича способствуют устранимые социальные и медицинские факторы. Планирование беременности, предгравидарная подготовка, качественный пренатальный и постнатальный скрининг, рациональное ведение беременности и родов – резерв препредотвратимых потерь здоровья детей и их инвалидизации.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕВОЧКАМ-ПОДРОСТКАМ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Яковлева Э.Б., Железная А.А., Говоруха И.Т., Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л.В., Золото Е.В.

ДРЦОМД, г. Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ

Улучшение состояния здоровья девочек и особенно девочек-подростков следует рассматривать, как реальную возможность улучшения демографической ситуации, поскольку они являются ближайшим резервом воспроизводства населения.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования было изучение профилактической помощи девочкам в Донецкой области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был поведен анализ помощи девочкам-подросткам.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Служба детской и подростковой гинекологии в Донецкой области была создана 1988 году, а в 1992 году с открытием отделения детской гинекологии завершилось формирование системы оказания лечебно-профилактической помощи девочкам и девочкам-подросткам с патологией репродуктивной системы.

Для улучшения оказания помощи девочкам и девочкам-подросткам в сфере охраны репродуктивного здоровья необходимо:

- нормативными документами определить объем оказания медицинской помощи на каждом уровне, показания для направления к детскому гинекологу, систему взаимодействия между специалистами разных уровней;
- повысить информированность врачей общей практики семейной медицины по вопросам нормы и патологии полового развития путем организации лекций и семинаров на местах с привлечением детских гинекологов и сотрудников кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО Дон НМУ им. М. Горького;
- максимально использовать возможности СМИ для повышения информированности населения по вопросам репродуктивного здоровья;
- поддержка со стороны администрации лечебных учреждений и органов управления.

Стационарное лечение девочек с гинекологической патологией проводится в специализированном отделении детской гинекологии Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства. В случае ургентной ситуации или отказа родителей от госпитализации в специализированное отделение (подтвержденной документально), возможно проведение лечебных мероприятий в условиях гинекологического отделения по месту жительства с обязательной последующей консультацией детского гинеколога ДРЦОМД.

Количество патологии, которая требует ургентного лечения и выявляется смежными специалистами (пубертатные маточные кровотечения, новообразования яичников, преждевременное половое созревание) или родителями как результат повышения их информированности (синехии половых губ), остается на прежнем уровне.

Следует обратить особое внимание на уровень абортов у подростков, который за последний год вырос почти в два раза. Каждый четвертый аборт в этом возрасте проводится у повторнобеременных, то есть имеющих в анамнезе прерывание беременности или роды. Настораживает тот факт, что только 60% родов в возрасте 14–16 лет произошли у первобеременных. Всего 15–20% девочек-подростков применяют противозачаточные препараты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при отсутствии четкой системы проведения профилактических осмотров, диспансеризации (не определенно на каком уровне она проводится, не регламентировано взаимодействие между врачами общей практики семейной медицины и детскими гинекологами) трудно говорить о проведении профилактических и реабилитационных мероприятий.

Содержание

Акушерство

3 АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ И ЦИРКУЛЯЦИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ
Абусуева З.А., Алиева С.А., Хашаева Т.Х., Эседова А.Э., Мамаева С.М.

4 МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРИОД КАЖДОГО ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ
Агаркова Л.А., Ульянич А.Л., Толмачев И.В., Бохан Т.Г., Шабаловская М.В.

5 РОЛЬ МАТЕРИНСКОЙ И ФАТАЛЬНОЙ ТРОМБОФИЛИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ
Андреева М.Д.

6 ВЛИЯНИЕ СЕКРЕТОРНЫХ ПРОДУКТОВ ПЛАЦЕНТ НА ТРАНСЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ МИГРАЦИЮ NK-КЛЕТОК
Баженов Д.О., Хохлова Е.В., Соколов Д.И., Сельков С.А.

7 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ
Балакшина Н.Г., Кох Л.И., Квач И.С.

8 ТРОМБОФИЛИИ У БЕРЕМЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН
Бегова С.В., Эседова А.Э., Бегов Б.А.

9 К ВОПРОСУ О ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ITG FA-2 И PAI-1 У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН
Бегова С.В., Эседова А.Э., Бегов Б.А., Амирова Ж.С.

10 АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ
Белоусова В.С., Богомазова И.М.

11 ВЛИЯНИЕ МОНОНУКЛЕАРНЫХ ФАГОЦИТОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ СОСУДОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫМИ КЛЕТКАМИ
Белякова К.Л., Шевелева А.Р.,Баженов Д.О., Худинян М.М., Михайлова В.А., Львова Т.Ю., Соколов Д.И., Сельков С.А.

12 ОЦЕНКА РОЛИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У СУПРУЖЕСКИХ ПАР С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
Беспалова О.Н., Агнаева А.О.

13 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕТОДОВ РОДОВОЗБУЖДЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОСТАГЛАНДИНА Е1
Благодарный Г.В., Мозговая Е.В.

14 ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОФИЛИИ
Блощинская И.А., Блощинский С.А.

15 СЛУЧАЙ РАЗРЫВА МАТКИ У БЕРЕМЕННОЙ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ В АНАМНЕЗЕ
Борщева А.А.

16 ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА
Буданов П.В., Кабисашвили М.К., Флорова В.С., Чурганова А.А.

17 ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВО II И III ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ДОРСОПАТИЯМИ
Ваганова Я.А., Суслова Г.А., Гайдуков С.Н.

18 ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО И МАНИФЕСТНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА
Валикова О.В., Мухотина А.Г.

19 НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕНОТИПА У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
Васильева Л.И., Мальцева Л.И., Герасимова Л.И., Денисова Т.Г., Сидорова Т.Н.

20 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАКТОЦИЛА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ
Васильченко О.Н., Баев О.Р., Тетруашвили Н.К., Карапетян А.О., Тысячный О.В.

21 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА БЕССИМПТОМНЫХ РЕТРОХОРИАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Гаджиева М.Т., Кохно Н.И.

22 СТРУКТУРА И ФАКТОРЫ РИСКА АНТЕНАТАЛЬНЫХ И ИНТРАНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ
Газазян М.Г., Пономарева Н.А., Иванова О.Ю.

23 СТРУКТУРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ
Додхоева М.Ф., Мельникова В.Ю., Ашурова Н.М.

25 ПРЕНАТАЛЬНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА НА ОСНОВЕ ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
Докудаева Ш.А.

26 СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
Долгушина В.Ф., Курносенко И.В.

27 СОВРЕМЕННЫЕ НЕИНВАЗИВНЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКОМПАКТНОГО МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БЕРЕМЕННЫХ
Дорошенко Д.А., Зубарев А.Р., Принц Г.Д., Лебедева А.Ю., Лапочкина О.Б., Конышева О.В.

28 ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГОПОТОНИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Евсеева М.П., Иванян А.Н., Густоварова Т.А., Киракосян Л.С., Афонченкова М.А.

29 ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ ПЛАЦЕНТЫ. МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
Жаркин Н.А., Гаврильчук Т.К., Двужилов В.В., Попова Е.Б.

30 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН (ПО ДАННЫМ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ)
Завалко А.Ф., Агафонова О.В., Котельников В.В.

31 ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Зазерская И.Е., Шелепова Е.С., Яковлева Н.Ю., Ишкараева В.В.

32 ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D И ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
Зазерская И.Е., Шелепова Е.С., Ширинян Л.В., Кузнецова Л.В.

32 ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
Зайдиева Я.З., Логутова Л.С., Никольская И.Г., Прокопенко Е.И., Ветчинникова О.Н., Горенкова О.С., Кручинина Е.В., Микерова Н.В., Крупская М.С.

33 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНТИЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Зиганшина М.М., Амиросланов Э.Ю., Сергунина О.А., Николаева М.А., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Логинова Н.С., Сухих Г.Т.

35 РОЛЬ ГЛИКАНОВ И АНТИГЛИКАНОВЫХ АНТИТЕЛ В ФОРМИРОВАНИИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПЛОДУ: НОВЫЕ ДАННЫЕ О ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Зиганшина М.М., Шилова Н.В., Хасбиуллина Н.Р., Наваковский М.Е., Ракитько А.С., Куликова Г.В., Щеголев А.И., Подгорнова М.Н., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Бовин Н.В., Сухих Г.Т.

36 СОПУТСТВУЮЩАЯ СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Зинец М.С., Карась И.Ю., Черных Н.Б., Карасева Ю.А.

37 ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Каплан Ю.Д., Захаренкова Т.Н.

38 ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И РОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Карась И.Ю., Зинец М.С., Черных Н.Б., Карасева Ю.А.

39 БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
Карась И.Ю., Зинец М.С., Черных Н.Б., Карасева Ю.А.

40 СТРУКТУРА ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ДОРОДОВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК
Каримова У.А., Атакуллаев Н.Б.

41 АМПЛИТУДНО-ВРЕМЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КРИВОЙ ΔZ/T ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Карпов А.Ю., Ильин И.И., Бобрышева Е.П.

42 УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ С РАННЕЙ МАНИФЕСТАЦИЕЙ
Каткова Н.Ю., Покусаева К.Б., Безрукова И.М.

43 ЗНАЧЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОЦЕНКИ ДЛИНЫ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВОЗМОЖНОСТИ ВАГИНАЛЬНЫХ РОДОВ
Классен А.А., Шкурина Т.И., Веккер И.Р.

44 ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ИМ. В.Ф. СНЕГИРЕВА ПЕРВОГО МГМУ ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА И ГЕМБАНКА ПО СБОРУ ПУПОВИННОЙ КРОВИ (ПК) ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК (СК)
Ковалев М.И., Приходько А.В., Исаев А.А., Потапов И.В., Ковалева А.М.

45 ОПЫТ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ ГРУППЫ ПО СОПРОВОЖДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ФГБУ «СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ИМ. В.А. АЛМАЗОВА»
Коконина Ю.А., Зазерская И.Е., Ли О.А., Ильин А.Б., Якубов А.В., Моисеева О.М., Иртюга О.Б., Баутин А.Е.

46 ОПТИМИЗАЦИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Колесникова Е.В.

47 ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ПРЕДИАБЕТОМ
Комаров Е.К., Плужникова Т.А., Пакин В.С.

48 ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА КАК РОДОРАЗРЕШАЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ: ПОКАЗАНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ
Кормакова Т.Л., Уквальберг М.Е., Гришковец Д.О., Ипатова Т.И., Шаповалова Н.Н., Воликовская Е.Ю.

49 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО II ТРИМЕСТРЕ
Корнилова Т.Ю., Завьялова Е.И., Безязычная М.А., Шабаева Л.В., Таджиева В.Д.

51 ЗНАЧЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ БЕРЕМЕННОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Корнилова Т.Ю., Селезнева Н.П., Баженова А.А., Минсадыкова З.К., Хохлова К.М.

52 ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ
Коротких И.Н., Самодай В.Н., Бабкина М.С.

53 АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОСТУПЛЕНИЯ В ОБЛАСТНУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ БОЛЬНИЦУ ЖЕНЩИН С ОСЛОЖНЕНИЯМИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ
Кох Л.И., Балакшина Н.Г

54 ДИАГНОСТИКА РЕЗУС-ФАКТОРА ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ КРОВЬЮ
Кравченко Е.Н., Ожерельева М.А.

54 ПОЗДНИЙ АБОРТ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ПЛОДА, НЕСОВМЕСТИМЫХ С ЖИЗНЬЮ
Кравченко Е.Н., Коломбет Е.В.

55 РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
Кравченко С.С., Захаренкова Т.Н.

56 ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РОСТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ХОРИОНЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МАКРОСОМИЕЙ ПЛОДА
Крукиер И.И., Шкурат Т.П., Авруцкая В.В., Гончарова А.С., Дегтярева А.С.

57 ЛОКАЛЬНАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦ С РУБЦОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРОМЕЖНОСТИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ
Кубицкая Ю.В., Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Обухова Г.С.

58 МЕСТО ВЛАГАЛИЩНОГО ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА
Кузина О.А., Константинова О.Д., Пашкова О.А., Дашкина Р.А., Веккер И.Р., Дёмина Л.М., Студёнов Г.В.

59 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕТОК
Кузина О.А., Константинова О.Д., Сухинина А.Ю., Моисеенко О.А., Мазуровская О.П., Савилова Т.В., Сенникова Ж.В.

60 РОЛЬ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЯХ ПРИ РАННЕЙ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭЛАМПСИИ
Курочка М.П., Гайда О.В., Евдокимова И.А.

61 ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Курочка М.П., Гайда О.В., Кедыч А.Д.

62 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЦИСТИТОМ В РАМКАХ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ПАЦИЕНТОК С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ
Кшнясева С.К., Махалова Г.О., Константинова О.Д., Михайлова Е.А., Жеребятьева О.О.

63 МИФЕПРИСТОН – КАК СДЕЛАТЬ ПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР?
Лебедева Н.В., Каткова Н.Ю., Морозова Ю.В.

64 ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПО РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНОМУ СТАТУСУ
Лукьяненко Ю.Н.

65 ВЛИЯНИЕ БЛИЗКОРОДСТВЕННОГО БРАКА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
Магомедова А.Ш., Омаров Н.С-М.

66 УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИТОХОНДРИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ЦИТОТРОФОБЛАСТА ПЛАЦЕНТ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Майсина А.И., Кулида Л.В.

67 ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТАХ У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ
Малышкина А.И., Назарова А.О., Кулида Л.В., Козырина А.А., Назаров С.Б., Жолобов Ю.Н.

68 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА КОАГУЛЯЦИОННОГО ФАКТОРА КРОВИ FVII У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ
Малышкина А.И., Фетисова И.Н., Жолобов Ю.Н., Назарова А.О., Назаров С.Б., Ратникова С.Ю., Фетисов Н.С.

69 ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
Михайлин Е.С.

70 ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖИМОГО ПОЛОСТИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ
Морозова Н.А., Железная А.А., Морозова Н.И., Мельников А.Ю.

71 ВЛИЯНИЕ КОМПЕНСАЦИИ ДИАБЕТА НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Морохотова Л.С., Гурьева В.М., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф., Троицкая М.В., Котов Ю.Б.

72 АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
Мусаев О.Х., Мусаева К.О.

73 ИСХОДЫ РОДОВ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКО И СПОНТАННО НАСТУПИВШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Нагайцева Е.А., Серова Н.С.

74 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Нигаметзянова Г.Р., Коваль Е.А., Зайнетдинова Л.Ф., Куренков Е.Л.

75 ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ВРОЖДЁННОГО ИММУНИТЕТА В ОБРАЗЦАХ МИОМЕТРИЯ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Низяева Н.В., Куликова Г.В., Наговицына М.Н., Логинова Н.С., Хлестова Г.В., Баев О.Р., Кан Н.Е., Щёголев А.И.

76 ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕДА И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЗРП
Никитина Е.В., Гудная Е.С., Банкрашкова К.В.

77 ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА И ИММУНОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ
Никологорская Е.В.

78 РОЛЬ И МЕСТО МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Нурмагомедова П.М.

79 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ФБГНУ НИИ «АГИР ИМ. Д.О. ОТТА» В 2014–2015 ГГ.
Оганян К.А.

80 ПРЕЭКЛАМПСИЯ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ
Панова И.А., Рокотянская Е.А., Малышкина А.И., Кудряшова А.В., Сытова Л.А.

81 ДЕФИЦИТ МАГНИЯ И ЕГО СВЯЗЬ С ДОРОДОВЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Парейшвили В.В., Ситникова О.Г., Вахромеев А.П., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г.

82 БЕРЕМЕННОСТЬ РАННИХ СРОКОВ, ДОСТИГНУТАЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДУКЦИИ ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
Парейшвили В.В., Радюшкина Е.А.

83 ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
Перепелова Т.А., Газазян М.Г., Бежин А.И.

84 ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ЕДИНСТВЕННЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ СЕРДЦА
Петрухин В.А., Мравян С.Р., Мареева М.Ю, Стоцкая Т.В, Пронина В.П., Мельников А.П.

85 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Печенкина Н.С., Седавных Е.А.

86 ПОСТГЕНОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЕ И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Погорелова Т.Н., Гунько В.О., Линде В.А., Никашина А.А., Аллилуев И.А., Ларичкин А.В.

87 ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ВОЗМОЖЕН ЛИ ДИАГНОЗ В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ?
Покусаева В.Н., Никифоровская Е.Н., Амалицкий В.Ю., Огарева А.С., Григорьева Л.А.

88 ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ СТРЕПТОКОККАМИ ГРУППЫ В (СГВ) В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ
Поликарпова С.В., Лукина Н.Н., Тимофеева О.Г., Балина В.В., Мехси Н.Т., Жилина С.В., Пивкина Н.В., Бондаренко Н.А.

89 ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛОДА ДЛЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
Попова Н.Г., Игнатко И.В.

90 ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНА РЕЦЕПТОРА МЕЛАТОНИНА И РИСК РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА
Попова П.В., Клюшина А.А., Ткачук А.С., Дронова А.В., Болотько Я.А., Герасимов А.С., Зазерская И.Е., Костарева А.А., Гринева Е.Н.

90 ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ЛАКТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ
Приходько А.В., Липатов И.С.

91 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ СЕКРЕТА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАННЕЙ ГИПОГАЛАКТИИ
Приходько А.В., Тезиков Ю.В.

92 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЕДИНСТВЕННО ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ПОЧКИ У БЕРЕМЕННЫХ
Рахимова Ш.С., Додхоева М.Ф., Осими А.С.

93 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Рябова С.А.

94 ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПАТОЛОГИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА
Рябова С.А., Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Овчинникова М.А.

95 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕТОДОВ ОСТАНОВКИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ
Самойлова А.В., Охотина Т.Н., Жамлиханова С.С., Петрова А.Л., Жамлиханова Д.Н.

96 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА В РОДАХ
Самчук П.М., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З., Федотова Т.В.

97 КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА
Самчук П.М., Овешникова Т.З., Азоева Э.Л., Федотова Т.В.

98 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ГЕСТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ
Сонич М.Г., Ульянова Н.Ф.

99 ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПО ПЕПТИДНОМУ ПРОФИЛЮ МОЧИ
Стародубцева Н.Л., Бугрова А.Е., Кононихин А.С., Чаговец В.В., Ходжаева З.С., Франкевич В.Е.

100 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРЕИНДУКЦИИ РОДОВ ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Силаева Т.М.

101 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕМУ ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Супрун С.В., Кудряшова О.С., Ларина Т.Н., Морозова О.Н., Власова М.А., Королев А.В.

102 ЛОГИСТИЧЕСКИЙ РЕГРЕССИОННЫЙ АНАЛИЗ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГРИППА У БЕРЕМЕННЫХ
Тарбаева Д.А., Белокриницкая Т.Е., Белозерцева Е.П., Анохова Л.И., Фролова Н.И.

103 КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОЙ БАЛАНС ВЛАГАЛИЩА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
Тимохина Е.В., Наврузова Д.Р.

104 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН С ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ
Ткаченко Л.В., Костенко Т.И., Хомич Е.А

105 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДНОГО БАЛАНСА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Салиева Н.В., Сарахова Д.Х., Кузнецов В.М.

106 БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У РЕЦИПИЕНТОВ ООЦИТОВ
Трифонова Н.С., Жукова Э.В., Александров Л.С., Ищенко А.И.

107 РОЛЬ ПАТОЛОГИИ ПЛАЦЕНТЫ В РАЗВИТИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ ОТ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ
Туманова У.Н., Низяева Н.В., Шувалова М.П., Щеголев А.И.

109 КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЛОДОВОГО ОКСИТОЦИНА ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ И ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Тысячный О.В., Баев О.Р., Бурлев В.А., Иванец Т.Ю.

110 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ДИЛАТАТОРОВ В ПОДГОТОВКЕ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ
Узденова З.Х., Абрегова А.Р., Шогенова Ф.М., Шаваева В.А., Залиханова З.З.

111 СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ИСЧЕЗНОВЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПЛОДА
Усынина А.А., Пьянков А.В., Мону А.В., Джериева И.В., Фроен Ф.

112 ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ, СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕТРОХОРИАЛЬНОЙ ГЕМАТОМОЙ
Утробин М.В., Немцева Т.Н., Юрьев С.Ю.

113 СЛУЧАЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТКИ С МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ
Федосеенко А.В., Замаро И.И., Волчок Н.В.

114 ИЗУЧЕНИЕ ГЕНОВ ЭКСЦИЗИОННОЙ РЕПАРАЦИИ В ГЕНЕЗЕ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Хаджиева М.Б.1,2, Зимина О.А.3

115 ВЛИЯНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ
Хворостухина Н.Ф., Салов И.А., Новичков Д.А.

116 КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Хлестова Г.В., Карапетян А.О., Шакая М.Н., Баев О.Р., Низяева Н.А.

117 ЗНАЧЕНИЕ ПЕРИКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
Цахилова С.Г., Салиева Н.В., Чибирова А.Т., Кузнецов В.М., Засорина Е.А.

118 ВЫРАЖЕННОСТЬ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА И БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ БЕРЕМЕННОСТИ
Черных Н.Б., Карась И.Ю., Зинец М.С.

119 РЕНАЛЬНЫЙ КРОВОТОК У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
Чечнева М.А., Никольская И.Г., Климова И.В., Марьянова Т.А., Титченко Ю.П., Новикова С.В., Цивцивадзе Е.Б.

120 ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЛАЦЕНТАРНОГО БАРЬЕРА ЖЕНЩИН С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Шаповалова Е.А., Зубжицкая Л.Б., Лаврова О.В., Аржанова О.Н., Дымарская Ю.Р.

121 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Шапошникова Е.В.

122 СПОСОБ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Шапошникова Е.В., Егорова А.Т.

123 НОВАЯ МОДЕЛЬ АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ
Шнейдерман М.Г.

124 ОЦЕНКА УРОВНЯ ЛАКТАТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ДИСТРЕССЕ ПЛОДА
Шустикова Е.Ф., Семисаженова Н.А., Федирко С.Л., Калмыкова О.Б, Трубицина Е.А, Сладков А.Н.

125 КОМПЛЕКСНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦИТОКИНОВ И МОЛЕКУЛЯРНЫХ ПАТТЕРНОВ, СВЯЗАННЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРИ НЕКОТОРЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ БЕРЕМЕННОСТИ
Щербаков В.И., Поздняков И.М., Ширинская А.В., Волков М.В., Гордиенко О.В.

127 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСОЙ ТОМОГРАФИИ В ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА
Анисимов В.И., Терегулова Л.Е.

Фетальная медицина

128 НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПЛОДА: НАПРАВЛЕНИЕ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
Игнатко И.В., Стрижаков А.Н., Родионова А.М.

129 ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА В СИСТЕМЕ РАННЕГО ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В РОССИИ. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЗА 2011–2015 ГГ.
Калашникова Е.А., Андреева Е.Н., Воскобоева Е.Ю., Голошубов П.А., Жученко Л.А., Иванюк А.С., Кокаровцева С.Н., Мамлеева С.Ю., Одегова Н.О., Судакова Е.В., Цветкова Т.Г., Чепурная А.И.

130 ОСОБЕННОСТИ ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА БИОХИМИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ В МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРОГРАММЕ RIQAS
Калашникова Е.А., Кокаровцева С.Н., Мамлеева С.Ю.

131 ПРЕНАТАЛЬНОЕ ДНК-ТЕСТИРОВАНИЕ В 9–10 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП ЭФФЕКТИВНОГО АЛГОРИТМА ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
Кречмар М.В.

132 АНТЕНАТАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ ЭХОГРАФИИ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ ПЛОДА, ВОЗНИКШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОБВИТИЯ ПУПОВИНОЙ ВОКРУГ ШЕИ
Рябов И.И.

133 НАРУЖНЫЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА В ХОДЕ СКРИНИНГОВОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Рябов И.И.

134 ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА В ВЫЯВЛЕНИИ ОТКРЫТОЙ ФОРМЫ SPINA BIFIDA У ПЛОДОВ В I ТРИМЕСТРЕ
Токтарова О.А.

135 ОПЫТ РАННЕЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ПЛОДА
Шевченко Е.А., Марченко Н.П.

136 ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ. АНАЛИЗ РАБОТЫ 2005–2015 ГГ.
Шевченко Е.А., Марченко Н.П., Казанцева А.А.

138 КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ДЕНОСУМАБ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА
Абусуева З.А., Хашаева Т.Х-М., Эседова А.Э., Мамаева С.М.

Гинекология

139 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА В РАЗЛИЧНЫЕ СТАДИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Андосова Л.Д., Конторщикова К.Н., Шахова К.А.

140 МЕДИЦИНСКИЙ АБОРТ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ ЮГА РОССИИ
Андреева М.В., Фетисова Е.С., Бычкова Н.Е.

141 ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА
Андреева М.В., Юдин С.А., Лукичева Я.Ю., Матинян Г.К., Тучина А.В.

142 ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОК УНИВЕРСИТЕТА: РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ
Архипова М.П., Хамошина М.Б., Руднева О.Д., Лебедева М.Г.

143 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТОК С ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ
Ахмадиева Л.А., Сайгина Ю.А.

144 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ БРЮШНОЙ ТИФ
Ашурова Н.М.

145 НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВУШЕК НА ФОНЕ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ
Бабенко-Сорокопуд И.В., Яковлева Э.Б., Железная А.А., Говоруха И.Т., Желтоноженко Л.В., Золото Е.В.

146 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ПОДРОСТКОВ
Балакшина Н.Г., Кох Л.И., Пономарев Е.И., Деркачева Л.К., Соклакова И.В., Бушуева Е.В., Розанова А.А., Колпащиков Д.В.

147 ЭФФЕКТИВНОСТЬ СРЕДСТВ, СОДЕРЖАЩИХ МОЛОЧНУЮ КИСЛОТУ, В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ
Батыров З.К., Уварова Е.В., Латыпова Н.Х., Кумыкова З.Х., Киселева И.А., Буралкина Н.А.

149 ВЛИЯНИЕ ВИЧ/СПИД-ЗАБОЛЕВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Бегишева Р.Р., Меркушкина Т.А., Залялиева М.В.

150 ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПОВ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
Беглова А.Ю., Елгина С.И.

151 НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ З АБОЛЕВАНИЯ ВУЛЬВЫ, ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ
Бойко Е.Л.

152 ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННОМ БЕСПЛОДИИ
Вандеева Е.Н., Протасова А.Э.

153 УРОВЕНЬ ГРЕЛИНА У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И РАССТРОЙСТВАМИ ЖИРОВОГО ОБМЕНА
Ведзижева Э.Р., Кузнецова И.В., Успенская Ю.Б., Васильева И.В.

154 ДИНАМИКА ТЕЧЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП
Вишнякова С.В.

155 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФЕТАЛЬНОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА
Волкова Е.В., Мелкозерова О.А., Третьякова Т.Б., Чистякова Г.Н.

156 ЭНДОМЕТРИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПРИЧИНА БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ
Воропаева Е.Е., Казачков Е.Л., Мирошниченко Л.Е., Казачкова Э.А.

157 ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Геворкян Г.А., Ипатова М.В., Маланова Т.Б.

158 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ ИНФИТАТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РИТМА МЕНСТРУАЦИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
Геворкян Г.А., Ипатова М.В., Маланова Т.Б.

159 ЭНЕРГИЯ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА В ВОССТАНОВЛЕНИИ ТКАНЕВОГО УРОВНЯ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С МАТОЧНОЙ ФОРМОЙ БЕСПЛОДИЯ
Есарева А.В., Мелкозерова О.А., Брагина Е.Е.

160 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА «ТАЙМ-ФАКТОР» С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА
Есина Е.В., Свидинская Е.А.

161 СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ
Загородняя Э.Д., Баркан Т.М., Вершинин О.В., Балаганская Е.В., Бышина Н.Н., Андриевская Т.В.

162 ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНОГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С МАЛЫМИ ФОРМАМИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
Зайнетдинова Л.Ф., Коряушкина А.В., Телешева Л.Ф.

163 ОСОБЕННОСТИ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ПАТОМОРФОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ
Зарипова Л.А., Гилязова А.З.

164 ПРИМЕНЕНИЕ МСКТ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ МЕТОДОМ ЭМА
Зеленюк Б.И., Арсланян К.Н.

165 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РЕКТОЦЕЛЕ
Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Трифонова И.В.

166 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ ЦИСТОЦЕЛЕ
Зиганшин А.М., Никитин Н.И., Трифонова И.В.

167 МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Зубавина К.В.

168 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ
Иозефсон С.А., Голыгин Е.В., Хавень Т.В., Куклин С.И., Сукнева Д.С., Рябинина А.Г., Шальнёва Е.В.

169 ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН К ПРОГРАММЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Ипатова М.В., Маланова Т.Б.

170 ФИЗИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА У ЖЕНЩИН
Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., Александрова Л.Н.

171 ЭКСПРЕССИЯ КИССПЕПТИНА В ЭНДОМЕТРИИ ПРИ РАЗНЫХ СТЕПЕНЯХ ЭНДОМЕТРИОЗА
Клейменова Т.С., Дробинцева А.О., Полякова В.О.

172 РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ОВАРИАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ
Клинышкова Т.В., Перфильева О.Н., Церцанова Е.А., Фролова Н.Б.

173 ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ
Колесникова Л.И., Даренская М.А., Гребенкина Л.А., Рашидова М.А., Шолохов Л.Ф. Данусевич И.Н.

174 МАРКЕРЫ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
Колесникова Л.И., Сутурина Л.В., Даренская М.А., Гребенкина Л.А., Натяганова Л.В., Лазарева Л.М., Данусевич И.Н., Наделяева Я.Г., Даржаев З.Ю., Семенова Н.В., Долгих М.И., Никитина О.А.

175 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
Крутова В.А., Мелконьянц Т.Г., Кравцова Н.А., Титова А.Н., Ордокова А.А.

176 ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МГТ В ТЕРАПИИ ОСТЕОПЕНИИ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА
Кузнецова Л.В., Зазерская И.Е.

177 КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА ВО ВЛАГАЛИЩЕ У 12-ЛЕТНЕЙ ПАЦИЕНТКИ
Кумыкова З.Х., Уварова Е.В., Чупрынин В.Д., Батырова З.К., Луньков С.С., Лужина И.А., Киселева И.А., Латыпова Н.Х.

178 ВОЗРАСТНЫЕ И АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ ЕЁ СРОКАХ
Каграманова Ж.А., Ланщакова П.Е.

179 ХРОНИЧЕСКИЙ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ
Летяева О.И., Зиганшин О.Р., Абрамовских О.С.

180 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА
Летяева О.И., Зиганшин О.Р., Абрамовских О.С.

181 ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ
Логинова К.Б., Доброхотова Ю.Э., Дюкова Г.Н.

182 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ НАРУЖНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ
Логинова О.Н., Арсланян К.Н.

183 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ЛАЗЕРОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ
Максимова Т.А., Черкасова А.Л., Джибладзе Т.А., Зуев В.М., Ищенко А.И., Брюнин Д.В.

184 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ И ВОПРОСЫ КОМПЛАЕНТНОСТИ
Маланова Т.Б., Ипатова М.В.

185 НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Маланова Т.Б., Ипатова М.В., Обухова Г.С., Александрова Л.Н.

186 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Мгерян А.Н., Прилепская В.Н.

187 ЗНАЧЕНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ
Михеева Ю.В., Хворостухина Н.Ф., Захарова Н.Б., Степанова Н.Н.

188 МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Никитина Е.В., Васильева Л.Н., Рубахова Н.Н., Стефанович В.Т.

189 ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ МЕТОДОМ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ, ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННОГО СИНДРОМА
Нурмухаметова Э.Т., Завалко А.Ф.

191 ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВОТОКА В МАТОЧНЫХ АРТЕРИЯХ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ
Озерская И.А., Семилетова А.А.

191 МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОВАРИАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
Оразов М.Р., Бикмаева Я.Р., Шкрели И., Арютин Д.Г.

192 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИИ ПОЧКИ ДЕСМОПРЕССИНОМ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН
Осипова Н.А.

194 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ
Паньшина М.В.

195 УЛУЧШЕНИЯ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ
Пенжоян Г.А., Андреева М.Д., Атанесян Э.Г., Махнова Н.М., Морозова Р.В., Хачак С.Н., Цыганова О.В.

196 ПОИСК ГЕСТАГЕНОВ МОНОГОРМОНАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ
Петросян М.А., Андрюшина В.А., Сапронов Н.С.

197 МЕСТНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ПРИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ
Погосян Ш.М., Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Абакарова П.Р., Хлебкова Ю.С.

198 ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К РЕЦИДИВИРУЮЩЕМУ ТЕЧЕНИЮ ВВК
Погосян Ш.М., Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Абакарова П.Р., Хлебкова Ю.С.

199 ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
Протасов А.Д.

200 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДВУХ МЕТОДОВ ИЗМЕРЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ЖЕНЩИН
Рубченко Т.И., Лукашенко С.Ю.

201 СПОСОБСТВУЕТ ЛИ ГИСТЕРЭКТОМИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМУ УГАСАНИЮ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ?
Рубченко Т.И., Лукашенко С.Ю.

202 РОЛЬ ЛЕПТИНА В РАЗВИТИИ ОВАРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ
Рязанцева Е.М., Потин В.В., Тарасова М.А.

203 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДИДРОГЕСТЕРОНА ПРИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА
Сальникова И.А., Уварова Е.В.

204 ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ В ТЕРАПИИ АНОМАЛЬНОГО МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА
Сальникова И.А., Уварова Е.В.

205 РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ: ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАНОГО ПОДХОДА К ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ
Свиридова Н.И.

206 ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА
Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Арсланян К.Н., Логинова О.Н.

207 ПРИЧИНЫ НИЗКОЙ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В РУБЦЕ НА МАТКЕ
Сидоров А.Е., Чернышов В.В.

208 ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ КАК УЛУЧШЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ
Синцова С.В., Караваева Н.Г.

209 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Синцова С.В., Караваева Н.Г.

210 ГЕНИТАЛЬНЫЕ СВИЩИ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ
Смирнова Т.А., Новодворская О.Д.

211 СОЗДАНИЕ МЕТОДА НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОТЕОМНОГО АНАЛИЗА ЦВЖ
Стародубцева Н.Л., Зардиашвили М.Д., Бугрова А.Е., Кононихин А.С., Чаговец В.В., Назарова Н.М., Франкевич В.Е.

212 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ
Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф., Чаусов А.А., Сухих Г.Т.

213 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЖЕНСКИХ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ
Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф., Чаусов А.А., Сухих Г.Т.

214 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОГО КЛЕТОЧНОГО КОМПОНЕНТА (МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА И ДЕРМАЛЬНЫХ ФИБРОБЛАСТОВ) ДЛЯ СОЗДАНИЯ КЛЕТОЧНО-ИНЖЕНЕРНЫХ КОНСТРУКЦИЙ НА ОСНОВЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО ИМПЛАНТА ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА
Сулина Я.Ю., Ищенко А.И., Люндуп А.В., Александров Л.С., Ищенко А.А., Горбенко О.Ю., Крашенинников М.Е.

215 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ
Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Бурменская О.В.

216 ОПЫТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К МАЛОИНВАЗИВНОМУ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМУ ЛЕЧЕНИЮ РУБЦОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Терегулова Л.Е., Терегулов А.Ю., Эгамбердиева Л.Д., Хайрутдинова М.Р., Гаязов Д.Р.

217 КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО ИФН АЛЬФА-2В С АНТИОКСИДАНТАМИ (ТОКОФЕРОЛА АЦЕТАТ И АСКОРБИНОВАЯ КИСЛОТА) У ЖЕНЩИН В ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫКИДЫША
Ткаченко Л.В., Фёдорова Е.П., Полеско И.В.

218 ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТЕЛА МАТКИ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ
Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.

219 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕПТИНА И ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ
Фомина М.М., Богатова И.К., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г.

220 ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РОЛИ РЕЦЕПТОРОВ ЭСТРОГЕНОВ И ПРОГЕСТЕРОНА ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ
Хаджиева М.Б., Камоева С.В., Белопольская О.Б., Сальникова Л.Е.

221 СОСТОЯНИЕ ВЛАГАЛИЩНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ
Хлебкова Ю.С., Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н.

222 МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ
Хлебкова Ю.С., Вишнякова П.А., Высоких М.Ю., Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н.

223 ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕЦИИ НОРАДРЕНАЛИНА И СЕРОТОНИНА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ КЛИМАКСЕ
Храмова И.А., Слюсарева Е.Е.

224 ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ – ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
Хурасева А.Б., Святченко К.С.

225 ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПРОГЕСТЕРОНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ
Цаллагова Е.В., Генералов В.О., Садыков Т.Р., Боровкова В.В.

225 РОЛЬ ГАЛАВИТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Цигулева О.А., Мамонова И.П.

227 ОБОСНОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ
Цицкарава Д.З., Ярмолинская М.И., Сельков С.А.

228 АМГ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
Чернуха Г.Е., Найдукова А.А., Каприна Е.К.

229 РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА У ПАЦИЕНТОК СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Чистякова И.А., Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Козырева О.В., Чупрынин В.Д.

230 КИНЕЗИТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Чистякова И.А., Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Козырева О.В., Чупрынин В.Д.

231 ДНК-МЕТИЛИРОВАНИЕ ПРИ МИОМЕ МАТКИ
Шалаев О.Н., Есенеева Ф.М., Омарова Р.З., Киселев В.И., Бабкина И.О., Салимова Л.Я., Карибова С.Р.

232 РОЛЬ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТА В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ
Шатунова Е.П.

232 ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ: ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Шишкина Т.Ю., Краснова И.А., Аксенова В.Б.

234 ЭЛАСТОГРАФИЯ И ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ МАЛОГО СРОКА
Шишкина Т.Ю., Краснова И.А., Аксенова В.Б.

235 НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ I ТРИМЕСТРА ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА, КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
Шмидт А.А., Новиков Е.И., Бескровный С.В., Горбакова Л.Ш., Фомина М.С.

236 АДИПОКИНЫ И ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Эседова А.Э., Хашаева Т.Х-М., Абусуева З.А., Идрисова М.А., Каллаева А.Х.

237 ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА В ПОСТМЕНОПАУЗЕ У ЖЕНЩИН С ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ
Эседова А.Э., Абусуева З.А., Идрисова М.А., Махтибекова П.А., Гамзаев А.К.

238 УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПАРАМЕТРЫ МАТКИ ЖЕНЩИН, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ АБДОМИНАЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ
Юлдошева М.У.

240 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВОЙ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН
Сенча А.Н., Могутов М.С., Патрунов Ю.Н., Кашманова А.В., Сергеева Е.Д.

Онкогинекология

241 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНТРАСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ
Сенча А.Н., Пеняева Э.И., Могутов М.С., Сенча Е.А.

242 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
Сенча А.Н., Пеняева Э.И., Могутов М.С., Сенча Е.А., Фазылова С.А.

243 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИН В АДЫГЕЕ
Шехова А.Н., Тюльпарова Б.А.

245 АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ПОЛИМОРФИЗМА G7958A ГЕНА CUZN-SOD С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПАТОСПЕРМИИ
Александрова А.А., Неведомская А.О., Савикина К.Г., Амелина М.А., Ломтева С.В., Сагамонова К.Ю.

Репродуктология

246 РАЗРАБОТКА И ПРИМЕР КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ОТЦОВСТВА ЭМБРИОНОВ СОВМЕСТНО С ПОЛНЫМ ХРОМОСОМНЫМ СКРИНИНГОМ
Биканов Р., Померанцева Е.

247 ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОГО СКРИНИНГА МЕТОДОМ ВЫСОКОПРОИЗВОДИТЕЛЬНОГО СЕКВЕНИРОВАНИЯ (NGS)
Глинкина Ж.И., Младова Е.С., Овчинникова М.М., Высоцкий А.Ю.

248 РОЛЬ МАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В КРОВИ И ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ЖИДКОСТИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Иванча К.А., Сыркашева А.Г., Володина М.А., Пятаева С.В., Суханова Ю.А., Высоких М.Ю., Калинина Е.А., Долгушина Н.В.

249 АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PON1 GLN192ARG С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПАТОСПЕРМИИ
Ломтева С.В., Савикина К.Г., Машкина Е.В., Шерчкова Т.А., Шкурат Т.П.

250 ВЛИЯНИЕ КЛЕТОК ТРОФОБЛАСТА НА ПРОЛИФЕРАТИВНУЮ АКТИВНОСТЬ NK-КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЖЕНЩИН ВНЕ И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Михайлова В.А., Викнянщук А.Н., Михайлова Е.А., Сельков С.А., Соколов Д.И.

251 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ВЫПОЛНЕНИЯ БИОПСИЙ ЭМБРИОНОВ
Мусатова Е.В., Ковалева Я.В., Сергеев С.А., Померанцева Е.А.

252 АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ ВИТАМИНА Д В КРОВИ С ИСХОДАМИ ЦИКЛОВ ПЕРЕНОСА КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ / РАЗМОРОЖЕННЫХ ЭМБРИОНОВ В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Наими З.М.С., Калинина Е.А., Донников А.Е., Алиева К.У.

253 ВАЖНОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА У МУЖЧИН ПЕРЕД ВРТ
Петрищев В.С.

254 КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРСТИМУЛЯЦИЕЙ ЯИЧНИКОВ
Сагамонова К.Ю., Клепикова А.А., Арабаджан С.М., Пивоварчик С.Н.

255 ПОДГОТОВКА К ПРОГРАММАМ ВРТ ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ В СОЧЕТАНИИ С ВАГИНАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ
Серебренникова К.Г., Аглямова Д.Р., Иванова Т.В.

256 ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ
Серебренникова К.Г., Твердикова М.А., Акопов К.О., Кацалап С.Н., Гевондян Н.М.,

257 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ В ПРОГРАММАХ ВРТ
Серебренникова К.Г., Твердикова М.А., Иванова Т.В., Ванке Е.С.

258 ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ ООЦИТОВ В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Сыркашева А.Г, Наими З.М.С., Казакова В.В., Долгушина Н.В., Калинина Е.А.

259 РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ПОВТОРНЫМИ НЕУДАЧАМИ ИМПЛАНТАЦИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ГИСТЕРОСКОПИИ
Усольцева Е.О., Ниаури Д.А., Джемлиханова Л.Х., Гзгзян А.М., Обидняк Д.М.

260 ЗНАЧЕНИЕ СКРИНИНГА НА FMR1 ДЛЯ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ
Широкова Н.А., Померанцева Е.А.

261 ТОНКИЙ ЭНДОМЕТРИЙ – АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ЭКО
Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю., Мишиева Н.Г., Абубакиров А.Н., Левков Л.А., Бурдули А.Г., Куземин А.А., Баранов И.И., Кулакова Е.В.

262 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АКТИВНОСТИ ОВАРИАЛЬНОЙ АРОМАТАЗЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТОКОЛОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
Яковлев П.П., Гзгзян А.М., Тарасова М.А., Коган И.Ю., Мюллер В.С., Лесик Е.А., Федорова И.Д., Комарова Е.М.

263 ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСКОЙ ПОЗИЦИИ УЧАСТНИЦ ПРОГРАММЫ ЭКО
Якупова В.А., Захарова Е.И.

265 КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ И ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЕЕ РАЗВИТИЯ
Авилова О.В., Кравченко Л.В., Крукиер И.И.

Неонатология

266 ПРИЧИНЫ КОНЪЮГАЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ У НОВОРОЖДЕННЫХ
Албутова М.Л., Измайлова Ф.А., Яковлева С.В., Смирнова А.В.

267 ВЗАИМОСВЯЗЬ КОЛИЧЕСТВА ФЕКАЛЬНЫХ БИОМАРКЕРОВ С СОСТАВОМ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
Богачева Н.А., Зубков В.В., Припутневич Т.В., Подуровская Ю.Л., Буров А.А.

268 СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ С УЧЕТОМ РОЛИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ
Буштырев В.А., Чернавский В.В., Гугуева А.В., Симонова Н.Л., Афанасьева Г.В.

269 РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ
Буштырев В.А., Чернавский В.В., Гугуева А.В., Симонова Н.Л., Бордаева О.Ю.

270 АНАЛИЗ ВЕСА НОВОРОЖДЕННЫХ С ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К САХАРНОМУ ДИАБЕТУ 1 ТИПА
Варламова Т.В., Доршакова Н.В., Карапетян Т.А.

271 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК
Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Челак А.О., Панин А.П., Филиппова Е.А., Машинец Н.В., Пыков М.И., Демидов В.Н., Адамян Л.В.

272 МЕКОНИАЛЬНАЯ АСПИРАЦИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ
Измайлова Ф.А., Албутова М.Л., Яковлева С.В., Смирнова А.В.

273 СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ФИЛИАЛА ГКБ №52 ДЗМ.
Ильина А.Я., Баринова А.С., Ахалова Е.А., Мищенко А.Л., Кокая И.Ю., Кашин В.Н., Соловьева И.В., Харламова Т.С., Целоева Х.И.

274 НОВЫЙ ПОДХОД В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ
Ионов О.В., Антонов А.Г., Киртбая А.Р., Балашова Е.Н., Никитина И.В., Ленушкина А.А., Крючко Д.С., Рындин А.Ю., Шакая М.Н., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н., Сухих Г.Т.

275 УСПЕХ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В СРАВНЕНИИ CPAP
Ионов О.В., Киртбая А.Р., Косинова Т.А., Балашова Е.Н., Рындин А.Ю., Нефедова Е.М., Зубков В.В., Антонов А.Г., Дегтярев Д.Н.

276 РАЗВИТИЕ ПОДХОДА ДЛЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ МЕТОДАМИ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ
Кононихин А.С., Стародубцева Н.Л., Бугрова А.Е., Чаговец В.В., Крохина К.Н., Никитина И.В., Рындин А.Ю., Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Ионов О.В., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н., Франкевич В.Е., Николаев Е.Н., Сухих Г.Т.

277 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЮ МИОКАРДА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Лебеденко А.А., Тараканова Т.Д., Козырева Т.Б.

278 ФАКТОРЫ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА В ГЕНЕЗЕ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Левкович А.Ю., Афонин А.А., Левкович М.А., Кравченко Л.В.

279 СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПРОТОКОЛ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ УВЕЛИЧЕНИЕ ТЕМПА НАРАЩИВАНИЯ ОБЪЕМА, ОБЕСПЕЧИВАЕТ УЛУЧШЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА
Ленюшкина А.А., Ионов О.В., Балашова Е.Н., Киртбая А.Р., Рюмина И.И., Нароган М.В., Грошева Е.В., Кухарцева М.В., Шакая М.Н., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н., Сухих Г.Т.

280 ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
Морозова Н.Я., Виноградова М.А., Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Дегтярев Д.Н.

281 ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОК О ВАЖНОСТИ НЕКЛИНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПРЕБЫВАНИЯ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ
Письменская Т.В., Шувалова М.П.

282 ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ КОНСИЛИУМ ПО ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ПРОБЛЕМЫ
Подуровская Ю.Л., Демидов В.Н., Гус А.И., Дорофеева Е.И., Буров А.А., Зарецкая Н.В., Шетикова О.В., Михайлова О.И., Зубков В.В., Шмаков Р.Г.

283 КОРРЕКЦИЯ АПОПТОЗА Т-ЛИМФОЦИТОВ ФИЛГРАСТИМОМ И ИНГАЛЯЦИОННЫМ ОКСИДОМ АЗОТА У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИВЛ
Пухтинская М.Г.

284 УГЛУБЛЕННАЯ ОЦЕНКА КИСЛОРОДНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
Сократова Т.А., Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Дегтярев Д.Н.

285 РЕНАЛЬНЫЙ КРОВОТОК У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Тумаева Т.С., Герасименко А.В., Балыкова Л.А.

286 АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ
Филиппова Е.А., Голованев М.А., Пучкова А.А.

287 ЧАСТОТА РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ
Шилова Н.А., Харламова Н.В., Чаша Т.В., Межинская С.А., Чуракова Е.В., Межинский С.С.

288 ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫМ ПУТЕМ
Шогенова Ф.М., Жетишев Р.А., Узденова З.Х.

290 КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В АКУШЕРСТВЕ
Атласов В.О., Долгов Г.В., Ярославский К.В., Ярославский В.К.

Общественное здравоохранение

291 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ
Балыкова О.П., Чернова Н.Н., Ласеева М.Г., Китаева Л.И.

292 МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ЖЕНЩИН С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Бантьева М.Н.

293 СТРУКТУРА ПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Бантьева М.Н., Рыбакова М.Ю.

294 МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ОТ ПРЕЭКЛАМПСИИ В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В XXI ВЕКЕ
Волков В.Г., Гранатович Н.Н.

295 ФОРМИРОВАНИЕ ГРАМОТНОСТИ МОЛОДЕЖИ В ВОПРОСАХ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ВЕДУЩЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ АКУШЕРКИ
Гречанинова Л.М., Литвинова Н.И., Шумова А.Л.

296 КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ДНК-ТЕСТОВ РОДИТЕЛЕЙ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ МОНОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ
Кречмар М.В.

297 ИСТОРИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ СЕЛА
Наймушина А.Г., Янтимирова Р.А.

298 ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЯЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРОВ
Панова И.А., Рокотянская Е.А., Малышкина А.И., Салахова Л.М., Дудов П.Р.

299 РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПЛАНЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ: ВЗГЛЯД СКВОЗЬ ПРИЗМУ ВРЕМЕНИ
Покусаева В.Н., Мицюк Н.А., Майорова И.М., Остапенко В.М., Кобызева А.А.

300 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ СНИЖЕНИЯ СЛУЧАЕВ «NEAR MISS»
Судаков А.Г., Николаева Е.В., Галенчик С.А., Билько А.В.

302 ИННОВАЦИИ В ТРАДИЦИЯХ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ОТВЕТСТВЕННОГО И БЕЗОПАСНОГО СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ (ОПЫТ РАБОТЫ)
Таенкова И.О., Таенкова А.А., Троценко О. Е.

303 КРОВОТЕЧЕНИЕ КАК ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТИ
Фролова О.Г., Гусева Е.В., Гребенник Т.К., Рябинкина И.Н.

304 ПРЕДОТВРАТИМЫЕ ПОТЕРИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ
Шогенова Ф.М.

305 ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕВОЧКАМ-ПОДРОСТКАМ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
Яковлева Э.Б., Железная А.А., Говоруха И.Т., Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л.В., Золото Е.В.