



**XIV РЕГИОНАЛЬНЫЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ**

Мать и Дитя

И ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ РОАГ

28–30 ИЮНЯ 2021 ГОДА



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

МОСКВА

МАТЕРИАЛЫ

**Пленум Правления Российского общества
акушеров-гинекологов и XIV региональный
научно-образовательный форум «Мать и Дитя»**

28–30 июня 2021 года

**Мероприятие федерального масштаба
пройдет в онлайн формате с подключением
всех 85 федеральных округов РФ**

М., 2021 – 149 с.

Главные редакторы:

Сухих Г.Т., Серов В.Н.

Научные редакторы:

Баранов И.И., Зубков В.В.,

Нестерова Л.А.

ISBN 978–5–6046126–1–3

© «МЕДИ Ивент», 2021



Тематика:

Акушерство

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНО РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Барсегян О.К.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Иваново

Актуальность

По данным отчетных форм федерального статистического наблюдения №14 «Сведения о деятельности стационара», число операций в РФ увеличивается. С января 2012 года изменились подходы и тактика ведения беременных при сроке гестации в 22-27 недель.

Цель

Уточнить абсолютное число операций кесарева сечения в сроке 22–27 недель в акушерской клинике НИИ МиД им.В.Н.Городкова в 2019 году и их удельный вес в общем количестве операций, определить структуру показаний к данной операции, выяснить особенности оперативной техники, проанализировать перинатальные прогнозы в данной группе.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ двадцати девяти историй родов пациенток, родоразрешенных путем операции КС при сроке 22-27 недель, в акушерской клинике НИИ МиД в 2019 году.

Результаты

Все пациентки были родоразрешены путем операции КС в сроке 22–27 недель, из них 4 женщины в сроке 22-24 недели; 11 в сроке 25-26 недель и 14 в сроке 26–27 недель. Показания к КС были следующие: декомпенсация ПН и дистресс плода – у 10, предлежание плаценты с кровотечением – у 6, ПОНРП – у 6, тяжелая преэклампсия при отсутствии эффекта от лечения – у 2, хориоамнионит на фоне длительного безводного промежутка – у 2 женщин, начало родов при смешанном ягодичном предлежании плода у 1, начало родов у повторнородящей с рубцом на матке после 2-х опера-



ций КС – у 1, начало родов при беременности после ЭКО, монохориальной двойней и ОАГА – у 1. Профилактика респираторного дистресс синдрома плода проведена в полном объеме 18 женщинам, не в полном объеме – 5, не проводилась – 6. Длительность безводного промежутка у женщин с родовым излитием околоплодных вод составила менее 12 часов – у 2, 12-24 часа – у 1, 1-7 суток – у 5, более 7 суток – у 4. У 4 женщин зарегистрирована ante- и интранатальная гибель плода, у 25 женщины родились живые дети. 4 случая мертворождения произошли у пациенток с прогрессирующей ПОНРП (2), тяжелой преэклампсией (1), центральным предлежанием плаценты с кровотечением (1) при сроке беременности 22-26 недель. Масса новорожденных при рождении составляла до 500г – у 8 детей; 500-699г – у 10, 700-1000г – у 8; больше 1000г – у 3. 17 новорожденных родились в состоянии тяжелой асфиксии, 8 – в состоянии асфиксии средней тяжести. В первую неделю жизни умерло три ребенка из 25 (12%).

Заключение

В 2019 году в акушерской клинике НИИ Мид им.В.Н.Городкова было выполнено 29 операций кесарево сечение у беременных при сроке 22-27 недель, что составило 1,75% среди всех операций КС. Первое место в структуре показаний к КС в сроке 22-27 недель заняли кровотечения, связанные с предлежанием плаценты и ПОНРП (12 женщин – 41,4%); 2-е место – дистресс плода на фоне декомпенсации ПН (10 женщин – 34,5%); 3-е место заняла тяжелая преэклампсия и хориоамнионит (по 2 женщины). Таким образом, из 29 женщин по жизненным показаниям со стороны матери выполнено 17 операций кесарево сечение, в интересах плода – 12. В группе женщин, родоразрешенных по показаниям со стороны плода, была 1 перинатальная потеря. У 9 женщин (31,0%) был выполнен поперечный разрез в нижнем сегменте матки, у 20 женщин (69,0%) – корпоральное КС. В целом плодном пузыре было извлечено 14 новорожденных. В исследуемой группе кесарево сечение явилось безальтернативной родоразрешающей операций в интересах женщины и плода.

ОСОБЕННОСТИ МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ В ПЛАЦЕНТЕ И ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Борис Д.А., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Караваева А.Л., Красный А.М.

ФГБУ НМИЦ АГП имени В.И. Кулакова Минздрава России
г. Москва

Актуальность

Преэклампсия является важной медико-социальной проблемой и входит в тройку основных причин материнской заболеваемости и смертности во всем мире. Согласно современным представлениям считается, что преэклампсия возникает в результате генетически детерминированной недостаточности процессов адаптации материн-

ского организма к новым условиям жизни в результате беременности. Информация о вкладе эпигенетических изменений в развитие данной патологии представлена весьма немногочисленными и противоречивыми данными, что послужило основой проведения данного исследования.

Цель

Изучить профиль метилирования генов в плаценте и плазме крови при преэклампсии различной степени тяжести.

Материалы и методы

Было изучено 52 образца плацент и плазмы крови (умеренная преэклампсия $n=12$, тяжелая – $n=14$, физиологическая беременность $n=26$). Образцы плацент были заморожены при температуре -80°C . Сбор плазмы периферической крови производился до начала родовой деятельности или оперативного вмешательства в вакуумные пробирки, содержащие ЭДТА, в объеме 5 мл с последующей обработкой в течение часа. Плазма была выделена центрифугированием в два этапа при 4°C : первый – 10 мин., 200 g, второй – 10 мин., 4500 g. Образцы плазмы хранили при температуре -80°C . ДНК выделяли из образцов набором QIAamp DNA Mini Kit (Qiagen, USA). Бисульфитная конверсия была проведена набором EpiJET Bisulfite Conversion Kit (Thermo Scientific, USA). Для оценки относительного уровня метилирования был использован метод MS-HRM (Methylation Sensitive High Resolution Melting) с использованием программного обеспечения Precision Melt Analysis Software, версия 3 (BioRad, США). При обработке результатов нормализацию проводили по неметилированному продукту. Для количественной оценки метилирования использовались относительные единицы интенсивности флуоресценции (RFU) при температуре максимальных пиков кривых HRM.

Результаты

При изучении профиля метилирования генов (HLA, GNA12, VEGF, TIMP2, MMP2, DAPK3, LEP, SOCS2, MEST, DKK3, TLR2, BMP6, RASSF1, CEBPA, CDO1, DNFA5, CTCF, PITX2, PTEN, SEPT9, CDH1, ICR IGF2/H19) были получены статистически значимые различия в уровне метилирования TLR2 и ICR IGF2/H19 в плаценте и плазме крови. В плаценте выявлено статистически значимое повышение уровня метилирования гена TLR2 в группе тяжелой преэклампсии относительно группы сравнения: умеренная преэклампсия – 0,18 (0,16;0,19), тяжелая – 0,23 (0,21;0,27) ($p=0,003$), группа сравнения – 0,17 (0,15;0,22). При изучении ICR IGF2/H19 было отмечено статистически значимое снижение уровня метилирования как при умеренной, так и при тяжелой преэклампсии: умеренная – 0,18 (0,16;0,25), тяжелая – 0,16 (0,14;0,18), группа сравнения – 0,36 (0,31;0,38) ($p<0,001$). В плазме крови выявлено статистически значимое повышение уровня метилирования гена TLR2 при сравнении тяжелой преэклампсии с физиологической беременностью: умеренная – 0,23 (0,15;0,28), тяжелая – 0,25 (0,17;0,29) ($p=0,02$), группа сравнения – 0,19 (0,14;0,19). При изучении ICR IGF2/H19 в плазме выявлено статистически значимое снижение ее уровня метилирования как при умеренной ($p=0,04$), так и при тяжелой ($p=0,04$) преэкламп-



В начало

Содержание

Список авторов

сии относительно группы сравнения: умеренная – 0,46 (0,38;0,51), тяжелая – 0,45 (0,37;0,47), группа сравнения – 0,5 (0,47;0,64).

Заключение

При изучении профиля метилирования генов было выявлено aberrантное метилирование гена TLR2 и ICR IGF2/H19 в плаценте и плазме крови. Установленная корреляционная связь между уровнем метилирования гена TLR2 и импринтинг контролирующей области ICR IGF2/H19 в плаценте и плазме крови может указывать на потенциальную диагностическую и прогностическую значимость данных генов при преэклампсии.

РОЛЬ АНТИТЕЛ К ТИРЕОПЕРОКСИДАЗЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ У МЫШЕЙ

Бородина Е.С., Ниаури Д.А., Сафарян Г.Х.

Санкт-Петербургский государственный университет
г. Санкт-Петербург

Актуальность

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) является самым распространенным аутоиммунным заболеванием среди женщин репродуктивного возраста, причем среди женщин с бесплодием АИТ встречается в 2,8 раз чаще, чем у фертильных женщин. Роль АИТ в развитии репродуктивных потерь до сих пор является предметом дискуссий. Не подлежит сомнению значение влияния эндокринных нарушений, ассоциированных с АИТ, на механизмы развития бесплодия и осложнений беременности. Однако, появились сообщения о различных расстройствах репродуктивной функции на фоне АИТ и при неизменной функции щитовидной железы (ЩЖ). Эти данные позволяют предположить, что антитела к антигенам ЩЖ могут иметь мишени в различных органах репродуктивной системы. Поиск возможных мишеней анти-тиреоидных антител и объяснение механизмов развития репродуктивных нарушений на фоне АИТ при неизменной функции ЩЖ представляется важной задачей в свете высокой распространенности данной патологии.

Цель

Целью эксперимента была индукция репродуктивных нарушений у мышей путем введения антител к тиреопероксидазе (ТПО) с последующей оценкой исходов беременности.

Материалы и методы

В ходе эксперимента беременным самкам мышей линии ICR (n=14) на 4й день гестации в хвостовую вену было введено по 100 мкг IgG, полученных от пациентов



В начало

Содержание

Список авторов

с АИТ и бесплодием в анамнезе. Данные пациентки имели титр антител к ТПО более 1000 Ед/мл, но не имели антител к тиреоглобулину и антифосфолипидных антител. Контрольная группа животных ($n=14$) получила инъекцию коммерческой смеси IgG человека. На 16 день гестации животные выводились из эксперимента. Оценивалось число жизнеспособных и резорбированных плодов, вес плодов и плацент. Затем была проведена гистологическая оценка плодов и плацент, а также морфометрия плацентарной ткани.

Результаты

В группе мышей, получивших антитела от пациентов с АИТ, всего было получено 96 плодов, а в группе контроля – 201 плод ($p < 0,05$). Среди всех плодов резорбции подверглось 27% в исследуемой группе и только 3% плодов в группе контроля ($p < 0,05$). Средний вес плодов и плацент в изучаемой группе составил 351 мг и 112 мг, в то время как в группе контроля 503 мг и 125 мг, соответственно ($p < 0,05$).

Морфологическое исследование полученного биологического материала показало несоответствие степени зрелости плодов гестационному возрасту, а также признаки декомпенсированной плацентарной недостаточности в группе мышей, перенесших пассивную иммунизацию антителами к ТПО. Наиболее выраженные изменения в развитии плодов касались степени развития легочной ткани, в частности было отмечено уменьшение числа развитых альвеолярных ходов. Кроме того, у плодов исследуемой группы было нарушено соотношение слоев стенки кишечника, а также снижение темпов оссификации.

Гистологическая оценка плацент показала, что патологические изменения присутствовали в обеих группах. Однако, в группе сравнения в большинстве наблюдений строение плацент соответствовало гестационному сроку, а имевшиеся нарушения носили адаптивный характер. В исследуемой группе изменения затрагивали все плацентарные зоны. Данные изменения характеризовались неравномерной толщиной зон и нарушением их соотношения, а также неоднородным распределением клеток спонгиотрофобласта и гликогеновых клеток. Наиболее значимые нарушения были отмечены в лабиринтной зоне, являющейся ведущим регулятором обмена между кровью матери и плода. Эти нарушения были представлены неоднородной толщиной межсосудистых мембран и неравномерным кровенаполнением.

Морфометрия плацент выявила достоверное снижение площади гигантских клеток и клеток спонгиотрофобласта, а также снижение площади их ядер в исследуемой группе, по сравнению с группой контроля ($p < 0,01$).

Заключение

Повышенный процент резорбции плодов и отставание их массо-ростовых показателей, сопряженные с нарушением гистоархитектоники плацентарной ткани свидетельствуют о развитии декомпенсированной плацентарной недостаточности у экспериментальных животных после введения IgG от пациентов с АИТ. Полученные данные дают основание полагать, что антитела к ТПО могут оказывать повреждающее действие на ткань органов репродуктивной системы.



ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛАЦЕНТ У ЖЕНЩИН С ИНДУЦИРОВАННЫМИ РОДАМИ

Васильев С.А., Пересада О.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П., Виктор С.А.

РНПЦ «Мать и дитя»
г. Минск

Актуальность

Индукцированные роды – одна из самых распространенных процедур в современном акушерстве, а вопрос о сроке ее проведения один из самых обсуждаемых в литературе. По данным ряда авторов с увеличением срока беременности более 40/0 недель увеличивается частота оперативного вагинального родоразрешения, 3-ей или 4-ой степени разрывов промежности и хориоамнионита, а также частота кесарева сечения по причине дистресса плода плодово-тазовой диспропорции по сравнению с частотой данных осложнений на 39-ой неделе беременности.

Цель

Определить наличие изменений в последах у женщин с индуцированными родами в зависимости от срока гестации.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ исходов 305 историй родов (форма № 096/у) женщин за период 2015-2019 гг., получивших медицинскую помощь в отделениях РНПЦ «Мать и дитя». В исследование были включены пациентки с одноплодной беременностью после 37 недель гестации в головном предлежании плода независимо от показаний к индукции родов. Средний возраст пациенток составил 29 (26-33) лет. Проведен сравнительный анализ результатов гистологического исследования последов, рассчитан удельный вес дисциркуляторных, инволютивно-дистрофических и воспалительных изменений в последах у женщин с индуцированными родами в зависимости от срока гестации. Статистически значимыми принимали различия при $p < 0,05$.

Результаты

У беременных женщин с индуцированными родами наблюдались следующие гистологические изменения в плацентах: дисциркуляторные нарушения (инфаркты, тромбозы, кровоизлияния, ангиопатия и ангиоматоз) были диагностированы в 53 (17,4%) случаях; инволютивно-дистрофические нарушения (ишемические некрозы ворсин, избыточное отложение фибриноида, фибриноидный некроз ворсин, фиброз стромы ворсин, петрификаты) – в 15 (4,9%) случаях; воспалительные изменения последов – в 34 (11,1%) случаях.

После 41/0 недели беременности отмечалось статистически значимое увеличение в 2,5 раза дисциркуляторных нарушений в плаценте (8 (38,1%) случаев) по сравнению со сроком гестации 39/0-39/6 недель (13 (15,1%) случаев, $\chi^2 = 4,29$, $p = 0,038$).



В начало

Содержание

Список авторов

В 6,8 раз после 41/0 недели беременности увеличился удельный вес воспалительных изменений последов по сравнению со сроком гестации 39/0-39/6 недель (5 (23,8%) случаев против 3 (3,5%) случая, $\chi^2=7,35$, $p=0,007$). Различий по удельному весу инволютивно-дистрофических нарушений в анализируемых подгруппах выявлено не было, $p>0,05$.

Заключение

Таким образом, после 41/0 недели беременности по сравнению со сроком 39/0-39/6 недель беременности наблюдается увеличение дисциркуляторных и воспалительных изменений в последах, что может оказывать неблагоприятное влияние на перинатальные исходы при родоразрешении после 41/0 недели гестации.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Веселкова Ю.Н., Баев Т.О., Ситникова О.Г., Панова И.А., Назаров С.Б., Кузьменко Г.Н., Клычева М.М., Попова И.Г.

ФГБУ Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова МЗ РФ
г. Иваново

Актуальность

Артериальная гипертензия (АГ) при беременности как изолированно, так и в сочетании с преэклампсией (ПЭ) приводит к дисбалансу генерации активных форм кислорода, свободных радикалов и функционированием антиоксидантной системы организма.

Цель

Провести анализ показателей, характеризующих состояние антиоксидантной защиты у беременных с хронической артериальной гипертензией в III триместре беременности.

Материалы и методы

Обследовано 60 женщин в III триместре беременности. Анализ клинко-анамнестических данных проводился на основании медицинской документации (индивидуальные карты беременной, истории родов). Исследование проводилось методом хемилюминесценции (ХЛ). Математическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Statistica 10.0.



Результаты

Все пациентки были подразделены на 3 группы: 1-я группа – 16 женщин с хронической АГ (ХАГ); 2-я группа – 14 женщин с ХАГ и присоединившейся ПЭ; 3-я группа – 30 женщин без признаков гипертензивных расстройств. Средний возраст обследуемых женщин с ХАГ независимо от присоединения ПЭ был достоверно выше, чем в группе контроля ($p=0,003$ и $p=0,001$, соответственно). У женщин с ХАГ и ХАГ с ПЭ в анамнезе чаще отмечались ожирение ($p=0,03$ в обоих случаях) и наследственная предрасположенность к АГ ($p=0,03$ и $p=0,02$). Среди осложнений гестационного процесса в группе с ХАГ с ПЭ чаще встречалась плацентарная недостаточность по сравнению с контролем ($p=0,04$), задержка роста плода ($p=0,04$) по сравнению с 3 группой и ХАГ ($p=0,01$). При обследовании пациенток в стационаре было выявлено, что у женщин с ХАГ с ПЭ уровень протеинурии был достоверно выше, чем в группах контроля и ХАГ ($p=0,01$ в обоих случаях), чаще были отмечены отеки ног по сравнению с группами контроля и ХАГ ($p=0,001$ в обоих случаях). При оценке суточного профиля АД у пациенток с ХАГ и ХАГ с ПЭ была диагностирована АГ. Так, среднее АД у женщин с ХАГ и ХАГ с ПЭ было достоверно выше по сравнению с группой контроля ($p=0,001$ в обоих случаях). В группе с ПЭ значение данного показателя было наибольшим и статистически значимо отличалось по сравнению с группами контроля и ХАГ ($p=0,0001$ в обоих случаях).

Для оценки состояния антиоксидантной защиты проводилось исследование кинетики хемилюминесцентной кривой. Развитие хемилюминесценции определяется реакциями активных форм кислорода и свободных радикалов. Согласно полученным данным достоверных различий между показателями ХЛ – Imax и S, характеризующие потенциальные возможности развития свободно-радикальных реакций во всех исследуемых группах не обнаружено ($p>0,05$). Исследование антиоксидантной активности у пациенток с ХАГ не выявило изменений относительных величин медиан а и Z, отражающих антиоксидантных потенциал, в сравнении с группой контроля, что свидетельствует о динамическом равновесии СРО – антиоксидантов.

У пациенток с ХАГ и ПЭ в сравнении с группой контроля снижение параметров а и Z ($p = 0,01$) указывало на повышение антиоксидантного потенциала.

Заключение

У женщин с ХАГ и присоединившейся ПЭ в III триместре беременности установлено компенсаторное повышение антиоксидантной активности сыворотки крови.

МЕТОДЫ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ (ЭТ) В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ В 22–28 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

**Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Воробьев Д.В.,
Криволесова Т.А.**

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

Актуальность

Преждевременные роды (ПР) в 22–28 недель беременности из-за неэффективности применяемых лечебных мер, зачастую причинно носят ятрогенный характер, а потери детей при массе тела (МТ) 500–750гр достигают 100%, при МТ 750–1000гр – 50%. Методы ЭТ (плазмаферез и др.), обладающие детоксикационным и др. доказанными лечебными эффектами, в 2016 году, как и ранее, рекомендовались для профилактики ПР при многих осложнениях беременности. Однако в клинических рекомендациях по акушерству от того же года эти технологии вообще не упоминаются, с 2017 г прекратилось их финансирование государством.

Цель

Целью работы было изучить возможности методов ЭТ при тяжелой акушерской патологии в 22–28 недель беременности для профилактики перинатальных потерь.

Материалы и методы

В 2017–2020 гг в ПЦ СПбГПМУ было пролечено 102 беременных в среднем возрасте 33,6 лет, преимущественно повторнобеременных с крайне отягощенным анамнезом. Женщины после лечения в других клиниках, переводились в ПЦ в сроки 22–28 недель с основными диагнозами: хроническая плацентарная недостаточность (ХПл.Н) с синдромом задержки роста плода (СЗРП) на фоне тромбофилии, почечной и др. патологии (63 пациентки); истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН – 25); преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ – 14). Из 21 пациенток с многоплодием после выкидыша 1 плода при двойне была 1, после родов 1 плода при тройне – 1, у всех беременных были проявления анемии, воспалительного ответа организма, гиперкоагуляции, у каждой третьей была урогенитальная инфекция при маловодии и нарушениях маточно-плацентарного кровотока различной степени. Методы ЭТ (фотомодификацию крови ультрафиолетовыми или лазерными лучами в сочетании с мембранным плазмаферезом (3,6 сеансов на курс), иногда – с гемосорбцией) проводили с помощью отечественного оборудования. Абсолютными противопоказаниями для процедур ЭТ у женщин были необратимые изменения со стороны жизненно важных органов и кровотечение, со стороны плода – не совместимые с жизнью врожденные пороки развития (ВПР), тяжелые гемодинамические нарушения по данным доплерометрии.



В начало

Содержание

Список авторов

Результаты

Осложнений при ЭТ не было, у больных отмечали хороший клинический эффект, беременности пролонгировали на сроки 2-15 недель. После курса лечения 65 женщин были родоразрешены, остальных (37) выписывали домой, им при необходимости амбулаторно до родов продолжали поддерживающие сеансы ЭТ 1 раз в 2-4 недели. В целом частота ПР составила 74,5%, кесарева сечения – 92,1%, мертворождений и угрожаемых жизни матери осложнений после родов не было. Родившиеся дети чаще не требовали интенсивной терапии. В течение первых месяцев жизни погибли 6 (4,8%) из 123 новорожденных от матерей с запущенными формами ХПЛН и СЗРП.

Заключение

Итак, методы ЭТ безопасны, доступны, дешевы, клинически эффективны. При разной акушерской патологии в сроках 22-28 недель они способствуют пролонгации беременности с уменьшением перинатальных потерь.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ С ФЕТАЛЬНОЙ МАКРОСОМИЕЙ

Виктор С.А., Курлович И.В.

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

Актуальность

Фетальная макросомия (масса тела при рождении более 4000 г) является значимой медико-социальной проблемой во всем мире в виду неблагоприятного влияния на акушерские и перинатальные исходы. По данным зарубежной литературы количество новорожденных, имеющих при рождении массу 4000 г и более, составляет 3-15%, в Республике Беларусь за 2019 год – 9,4% (по данным Государственной статистической отчетности).

Цель

Проанализировать перинатальные исходы беременности с фетальной макросомией.

Материалы и методы

Проведен анализ данных перинатальной заболеваемости по государственной статистической отчетности за 2019 год по Республике Беларусь. Основную группу составили новорожденные, имеющие при рождении массу 4000 г и более (группа 1). Группу сравнения (группа 2) составили новорожденные с массой тела при рождении 3000-3999 г. Проведен расчёт шансов развития перинатальных осложнений (OR и его доверительный интервал (95% ДИ)) в основной группе по отношению к группе сравнения. Статистически значимыми принимали различия при $p < 0,05$.



В начало

Содержание

Список авторов

Результаты

По данным государственной статистической отчетности в 2019 году в Республике Беларусь родилось 8230 новорожденных с массой тела 4000 г и более, что составило 9,4%.

У крупновесных новорожденных перинатальная патология регистрировалась статистически значимо чаще – OR 1,4 (1,3-1,5), $p < 0,001$; данная группа новорожденных чаще переводилась в другие стационары/отделения для обследования и лечения – OR 1,3 (1,3-1,4), $p < 0,001$.

Родовой травматизм является одним из наиболее частых неблагоприятных перинатальных исходов при родоразрешении крупным плодом. Внутрочерепная родовая травма (по МКБ-10 P10; P11.0-P11.2; P11.9-часть) регистрировалась у новорожденных с массой тела 4000г и более несколько чаще, однако не было выявлено статистически значимых различий (OR 3,1 (0,3-29,3), $p > 0,05$). Шансы развития другой родовой травмы (P11.3-P11.5; P11.9-часть; P12-P15) у крупновесных новорожденных составили – OR 1,9 (1,7-2,1), $p < 0,001$.

Так как одним из факторов риска развития крупного плода является наличие у беременной нарушений углеводного и/или жирового обмена, крупновесные новорожденные статистически значимо чаще имели эндокринные нарушения и нарушения обмена веществ (P70-P74) – OR 5,3 (4,0-7,1), $p < 0,001$.

Также у крупновесных новорожденных статистически значимо чаще регистрировалась следующая перинатальная патология:

- внутриматочная гипоксия и асфиксия в родах (P20-P21) – OR 1,46 (1,22-1,74), $p < 0,001$;
- врожденная пневмония (P23) — OR 1,25 (1,06-1,48), $p < 0,001$;
- кровотечения у плода и новорожденного (P50-P52; P54) – OR 1,55 (1,08-2,23), $p < 0,001$;
- другие виды неонатальных желтух (P58-P59) – OR 1,32 (1,17-1,50), $p < 0,001$;
- прочие нарушения церебрального статуса (P90; P91.3-P91.9) – OR 1,57 (1,33-1,86), $p < 0,001$;
- прочие состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P04; P08; P29; P75-P78; P80-P83; P91.0-P91.2; P92-P96) – OR 2,61 (2,14-3,19), $p < 0,001$.

Заключение

Таким образом, фетальная макросомия оказывает неблагоприятное влияние на перинатальные исходы, что требует принятия мер, направленных на прогнозирование и профилактику данного осложнения.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕИНДУКЦИИ И ИНДУКЦИИ РОДОВ

Говоруха И.Т., Слюсарь-Оглух Т.И., Джеломанова О.А.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
г. Донецк

Актуальность

Преиндукция и индукция родов являются распространенными методиками акушерского вмешательства. Имеется целый ряд как медикаментозных, так и немедикаментозных способов подготовки родовых путей и родовозбуждения. Поэтому целесообразным является оценка эффективности, используемых методик, для выяснения их влияния на развитие родовой деятельности, частоту оперативного родоразрешения, а также состояние новорожденного.

Цель

Оценить эффективность использования преиндукции и индукции родовой деятельности.

Материалы и методы

Изучено 576 историй родов женщин, родоразрешенных в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства. У 86 беременных осуществлялась преиндукция и индукция родов после оценки зрелости шейки матки по шкале Бишоп под контролем доплерометрии и кардиотокографии плода.

Для преиндукции и индукции применяли мифепристон в дозе 200 мг. При отсутствии родовой деятельности через 24 часа повторно назначали 200 мг мифепристона. При отсутствии родовой деятельности и зрелости шейки матки 6-7 баллов назначали динопростон (0,5 мг интрацервикально в составе геля). В случаях, когда в течение 24 часов родовая деятельность не наступала, при этом отмечалось созревание шейки матки, в дальнейшем вводился гель, содержащий 0,5 мг динопростона с последующим развитием родовой деятельности.

Для частоты рассчитывали 95% й доверительный интервал (95% ДИ) по методу Уилсона.

Результаты

Из 576 женщин, наблюдающихся в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства, 86 получили мероприятия преиндукции родов, что составило 14,9% (95% ДИ 12,3-18,1%).

Показаниями к данному виду акушерского вмешательства стали тенденция к перенашиванию (41-42 недели гестации) — 55 (64,0%; 95% ДИ 53,4-73,3%), преждевременный разрыв плодных оболочек (38-41 недель) — 23 (26,7%; 95% ДИ 18,5-36,9%), преэклампсия средней степени — 8 (9,3%; 95% ДИ 4,8-17,3%).



Для преиндукции и индукции наиболее часто применяли мифепристон — 45 (52,3%; 95% ДИ 41,9-62,6%) случаев, реже препидил-гель — 27 (31,4%; 95% ДИ 22,6-41,8%), мифепристон с препидил-гелем — 14 (16,3%; 95% ДИ 10,0-25,5%).

Положительный эффект от преиндукции (роды через естественные родовые пути) составил 66 (76,7%; 95% ДИ 66,8-84,4%) случаев. Кесарево сечение в плановом порядке в связи с незрелой шейкой матки произведено 10 (11,6%; 95% ДИ 6,4-20,1%) пациенткам. Ургентное родоразрешение в связи с дистрессом плода, слабостью родовой деятельности, клинически узким тазом проведено 6 (7,0%; 95% ДИ 3,2-14,4%) женщинам. Вакуум-экстракция плода в связи с развитием у него дистресса в потужном периоде родов выполнена в 4 (4,7%; 95% ДИ 1,8-11,4%) случаях.

Все дети родились живыми с оценкой по шкале Апгар от 7 до 8 баллов. В двух случаях (2,3%; 95% ДИ 0,6-8,1%) новорожденные с оценкой по Апгар при рождении 5-6 баллов были переведены в палату интенсивной терапии.

Заключение

Используемые мероприятия преиндукции и индукции родов позволяют проводить профилактику осложнений беременности и родов (не допускают усугубления тяжести акушерских патологий, перенашивания, акушерского и перинатального травматизма). Эффективность достигается в результате соблюдения последовательности применения препаратов для преиндукции/индукции с учетом зрелости шейки матки.

ОСОБЕННОСТИ СИГНАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ РЕПРОГРАММИРОВАНИЯ МОНОЦИТОВ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ

**Григушкина Е.В., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю., Крошкина Н.В.,
Таланова И.Е.**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт Материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Иваново

Актуальность

Привычное невынашивание – это осложнение беременности, которое встречается в супружеских парах с частотой 2-5%. Патогенез включает в себя множество факторов. В настоящее время особо пристальное внимание уделяется иммунным аспектам, в особенности роли врожденного иммунитета. Моноциты обладают высокой пластичностью и в зависимости от микроокружения могут функционально дифференцироваться в популяцию классически активированных (M1) или альтернативно активированных (M2) клеток. В репрограммировании M1 и M2 моноцитов важную роль играют сигнальные пути STAT и их правильная количественная регу-



В начало

Содержание

Список авторов

ляция. STAT1- сигнальный путь способствует репрограммированию моноцитов в M1 пул, а STAT3 – в M2 пул. Дисбаланс в сторону классически активированных моноцитов и выработка ими провоспалительных цитокинов значительно увеличивает риск потери беременности и развития осложнений.

Цель

Оценить относительное содержание моноцитов в периферической крови, продуцирующих IL-4, IL-6, IL-10, IFN γ , а также готовность к их репрограммированию по экспрессии STAT1 и STAT3 у женщин с угрожающим выкидышем и привычным невынашиванием.

Материалы и методы

В условиях Ивановского НИИ Материнства и детства им.В.Н. Городкова проведено обследование 55 женщин в первом триместре беременности, которые были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 34 женщины с угрожающим выкидышем и привычным невынашиванием, в группу контроля – 21 женщина с неосложненным течением беременности без привычного невынашивания. Материалом исследования служила периферическая венозная кровь, взятая до начала лечения. На проточном цитофлуориметре FACSCanto II с использованием моноклональных антител анти-IL-10, анти-IL-6, анти-IL-4, анти-IFN γ оценивали относительное содержание IL-4+, IL-6+, IL-10+, IFN γ + моноцитов. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета стандартных прикладных программ.

Результаты

При анализе данных показателей было выявлено, что в группе женщин с привычным невынашиванием отмечалось снижение относительного содержания IL-10+ и IL-4+ моноцитов ($p < 0,05$ в обоих случаях), тогда как относительное содержание IL-6+ моноцитов в данной группе было выше по сравнению с таковым показателем в контрольной группе ($p < 0,05$). Уровень IFN γ + моноцитов во всех группах достоверно не различался ($p > 0,05$). С целью оценки баланса моноцитов с про- и противовоспалительными функциями при данной акушерской патологии, нами было проведено определение соотношений IL-6+ /IL-10+, IL-6+ /IL-4+, IFN γ + /IL-10+, IFN γ + /IL-4+ моноцитов в периферической крови. У женщин с угрожающим выкидышем и привычным невынашиванием отмечалось достоверное повышение всех исследуемых соотношений ($p < 0,05$ во всех случаях), что указывает на преобладание воспалительных реакций в данной группе. При оценке готовности моноцитов к репрограммированию в основной группе женщин было выявлено повышение STAT3 ($p < 0,05$) по сравнению с данным показателем в группе контроля, а также отмечено повышение STAT1, однако изменения носили характер тенденции ($p > 0,05$). Также в группе пациенток с привычным невынашиванием отмечено повышение соотношения STAT3/STAT1, однако достоверных различий получено не было ($p > 0,05$).

Заключение

Согласно нашим данным, у женщин с привычным невынашиванием преобладает M1 популяция моноцитов. Любая успешная беременность связана с поддержанием

иммунного баланса, благодаря которому возможно поддержание иммунотолерантности к полуаллогенному плоду. Дисбаланс в сторону преобладания воспалительной реакции приводит к развитию серьезных осложнений и угрозе прерывания. Полученные данные подтверждают мнение о том, что отсутствие на ранних сроках соответствующих противовоспалительных реакций и чрезмерная воспалительная реакция могут привести к неблагоприятному течению беременности.

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Григушкина Е.В., Малышкина А.И., Таланова И.Е.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт Материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Иваново

Актуальность

Привычное невынашивание – это одно из наиболее часто встречающихся осложнений беременности. Несмотря на многочисленные исследования и прогресс в разработке новых методов диагностики и профилактики, частота данной патологии остается стабильно высокой.

Цель

Оценить анамнестические особенности у женщин с угрозой прерывания ранних сроков и привычным невынашиванием беременности.

Материалы и методы

На базе Ивановского научно-исследовательского института Материнства и детства им. В.Н. Городкова проведено проспективное обследование 165 женщин в сроке гестации 5–12 недель. Основную группу составили 111 женщин с угрозой прерывания беременности на момент обследования и привычным невынашиванием, группу контроля – 54 женщины с неосложненным течением беременности без привычного невынашивания. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета стандартных прикладных программ.

Результаты

Сравнительный анализ показал, что средний возраст пациенток основной группы составил $31,6 \pm 0,47$ лет, женщин контрольной группы – $28,3 \pm 0,58$ лет ($p < 0,05$). В группе контроля число беременных в возрасте до 25 лет составило 29,6% ($p < 0,05$). В основной группе число беременных в возрасте 36–40 лет составило 23,4% против 3,7% контрольной группы ($p < 0,05$). Средний возраст мужей женщин основной



группы составил $34,7 \pm 0,81$ года, мужей женщин контрольной группы – $31,6 \pm 0,84$ лет ($p < 0,05$). Условия проживания и уровень образования в сравниваемых группах не различались. При оценке социального положения были установлены достоверные различия. Большинство беременных с привычным невынашиванием состояли в официальном браке – 93,6%, в контрольной группе – 79,6% женщин ($p < 0,05$). Беременные основной группы чаще отмечали действие неблагоприятных профессиональных факторов (48,0% против 29,6%, $p < 0,05$). Средний возраст менархе у женщин с привычным невынашиванием составил $13,2 \pm 0,12$ года, у женщин с неосложненным течением беременности – $13,0 \pm 0,15$ лет ($p > 0,05$). Средний возраст начала половой жизни в основной группе составил $18,2 \pm 0,24$ лет, в группе контроля – $17,9 \pm 0,27$ лет ($p > 0,05$). Сравнительный анализ гинекологического анамнеза показал, что у женщин основной группы чаще верифицирован хронический эндометрит (71,2% против 7,4%, $p < 0,05$), эндометриоз (19,8% против 3,7%, $p < 0,05$), инфекции, передающиеся половым путем (44,1% против 13,0%, $p < 0,05$), в частности перенесенная уреаплазменная инфекция (20,7% против 5,6%, $p < 0,05$), микоплазменная инфекция (12,6% против 1,85%, $p < 0,05$), герпетическая и цитомегаловирусная инфекция (15,3% против 1,9%, 15,3% против 0,0% соответственно, $p < 0,05$). Тогда как у женщин контрольной группы чаще был диагностирован бактериальный вагиноз (31,5% против 11,7%, $p < 0,05$). Гинекологические операции в анамнезе чаще отмечались у женщин основной группы (36,0% против 16,7%, $p < 0,05$), также в данной группе чаще были выскабливания полости матки (94,6% против 18,5%, $p < 0,05$), при этом чаще отмечено 2 и более выскабливания полости матки (84,7% против 1,85%, $p < 0,05$). В результате анализа экстрагенитальной патологии в основной группе достоверно чаще выявлялись заболевания щитовидной железы (23,6% против 3,7%, $p < 0,05$), а также наличие в анамнезе оперативных вмешательств, связанных с экстрагенитальной патологией (31,5% против 11,1%, $p < 0,05$). Анализ данных предыдущих беременностей показал, что в контрольной группе своевременные роды были у 55,6% женщин, в основной – у 34,2% ($p < 0,05$), самопроизвольные выкидыши в группе контроля были у 5,6% женщин, в основной группе у 62,2% ($p < 0,05$), неразвивающаяся беременность отмечалась у 71,2% женщин основной группы, в группе контроля у 7,4% ($p < 0,05$).

Заключение

Таким образом, у женщин с привычным невынашиванием отмечается совокупность причин, которые в разной степени способны влиять на вынашивание беременности. Наиболее значимыми факторами являются возраст супругов, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, наличие операций на органах малого таза в анамнезе.



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ

Григушкина Е.В., Малышкина А.И., Таланова И.Е.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт Материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Иваново

Актуальность

Привычное невынашивание остается одной из серьезных проблем современного акушерства. Данное состояние сопровождается высоким риском развития осложнений, как со стороны матери, так и со стороны плода.

Цель

Оценить течение и исход беременности, состояние новорожденных у женщин с угрозой прерывания в первом триместре и привычным невынашиванием.

Материалы и методы

В условиях Ивановского НИИ Материнства и детства проведено обследование 165 женщин в сроке беременности 5-12 недель, которых разделили на две группы. В контрольную группу вошли 54 женщины с неосложненным течением беременности без привычного невынашивания, в основную группу – 111 женщин с угрожающим выкидышем на момент обследования и привычным невынашиванием. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета стандартных прикладных программ.

Результаты

Всем женщинам было проведено полное клинико-лабораторное обследование. У всех беременных с угрозой прерывания на момент обследования имелись признаки угрожающего выкидыша ($p < 0,05$). Жалобы на тянущие боли внизу живота и пояснице имелись у 98,2% женщин ($p < 0,05$), жалобы на кровянистые выделения из половых путей у 19,8% женщин ($p < 0,05$), признаки отслойки плодного яйца по УЗИ – у 27,4% ($p < 0,05$). При оценке течения беременности в первом триместре угроза прерывания отмечалась у 100% женщин основной группы и у 25,9% женщин контрольной группы ($p < 0,05$). При оценке течения беременности во втором триместре у женщин основной группы чаще отмечались признаки угрожающего позднего выкидыша (57,5% против 16,7%, $p < 0,05$), истмико-цервикальная недостаточность (14,9% против 1,9%, $p < 0,05$). В третьем триместре у беременных с привычным невынашиванием чаще отмечались угрожающие преждевременные роды (28,3% против 5,6%, $p < 0,05$), истмико-цервикальная недостаточность (14,5% против 1,9%, $p < 0,05$). При оценке данных общего анализа крови у женщин основной группы отмечалось повышение относительного содержания моноцитов (6,0% против 5,1%, $p < 0,05$), и относительного содержания лимфоцитов (28,4% против 23,9%, $p < 0,05$). При оценке исходов беременности у всех женщин контрольной группы произошли своевременные роды.



В основной группе ранний самопроизвольный выкидыш произошел у 1 женщины (0,9%), поздний самопроизвольный выкидыш – у 2 женщин (1,8%), неразвивающаяся беременность – у 16 женщин (14,4%), преждевременные роды – у 15 женщин (13,5%), своевременные роды – у 77 женщин (69,4%). Частота родов через естественные родовые пути в основной группе составила 38,0%, в контрольной группе – 63,0% ($p < 0,05$), путем операции кесарево сечение – в 62% случаев у женщин с привычным невынашиванием, в 37% случаев – у женщин контрольной группы ($p < 0,05$). Средняя масса новорожденного при своевременных родах в основной группе составила $3255,6 \pm 47,1$ грамм, в контрольной группе – $3391,1 \pm 55,62$ грамм ($p > 0,05$). Средняя оценка по шкале Апгар на 1 минуте в основной группе составила $7,4 \pm 0,13$ баллов, на 5 минуте – $8,4 \pm 0,11$ баллов ($p < 0,05$ в обоих случаях). Лечение в условиях детской реанимации проходило 16,7% новорожденных от женщин с привычным невынашиванием, тогда как в группе контроля – 1,9% новорожденных ($p < 0,05$). Были выписаны домой 94,4% новорожденных пациенток контрольной группы, и 75,6% новорожденных основной группы. Перевод на дальнейшее долечивание на отделение второго этапа выхаживания чаще требовалось новорожденным женщин с привычным невынашиванием ($p < 0,05$). Дети основной группы достоверно чаще рождались с признаками внутриутробной инфекции (22,2%, $p < 0,05$), врожденной пневмонией (21,1%, $p < 0,05$), дыхательными нарушениями (12,2%, $p < 0,05$), перинатальными поражениями центральной нервной системы (14,4%, $p < 0,05$), церебральной ишемией (14,4%, $p < 0,05$), конъюгационной желтухой (22,2%, $p < 0,05$).

Заключение

Таким образом, у женщин с привычным невынашиванием чаще отмечаются осложнения течения беременности, досрочное прерывание и уменьшение частоты рождения здоровых детей.

РОЛЬ АНГИОГЕННЫХ МАРКЕРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Зафириди Н.В., Тимохина Е.В.

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

Актуальность

Задержка роста плода (ЗРП) остается важнейшей проблемой акушерства и перинатологии, являясь одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности, а также развития неблагоприятных исходов как в неонатальном периоде, так и в отдаленном будущем. Основная сложность в ведении беременности с ЗРП – это контроль за состоянием плода и выбор оптимального метода и срока родоразрешения. Поиск актуальных маркеров, отражающих состояние плода, и помогающих в принятии клинического решения – актуальная задача, решению которой

посвящено наше исследование. В развитии ЗРП основное место отводят дисбалансу ангиогенеза.

Цель

Установить пороговые величины ангиогенных маркеров (sFlt-1, PlGF и их соотношения) для прогнозирования ухудшения состояния плода при его задержке роста.

Материалы и методы

Проведено проспективное обследование 80 беременных. Основную группу составили 45 пациенток с ЗРП. ЗРП диагностировалась по снижению предполагаемой массы плода (ПМП) меньше 10го перцентиля и нарушению кровотока в артерии пуповины (АП). Контрольную группу – женщины с физиологическим течением беременности ($n=35$). Методом иммуноферментного анализа определены уровни sFlt-1 и PlGF и их соотношение.

В зависимости от клинического течения группа ЗРП была разделена на 2 подгруппы. Первую подгруппу (IA – 24/45 женщин (53,33%)) составили беременные без ухудшения состояния плода по данным доплерометрии и КТГ-мониторирования, и которым удалось пролонгировать беременность до доношенного срока. Срок родоразрешения составил 38,2 (0,63) недель.

Во вторую подгруппу (IB – 21/45 (46,67%)) вошли пациентки с ухудшением состояния плода – нарастанием PI вплоть до отсутствия конечного диастолического кровотока в АП, снижением церебро-плацентарного отношения и снижением PI в СМА, отсутствием прироста фетометрических показателей по данным УЗИ, появлением сомнительного или патологического типа КТГ, что потребовало досрочного родоразрешения. Срок родоразрешения составил 29,11 (4,04) недели ($p<0,001$).

Результаты

Масса детей при рождении в подгруппе IA составила 2736,2 (125,5) г, в подгруппе IB – 946,67 (539,21) г, в группе контроля – 3475,26 (203,56) г ($p<0,001$).

В подгруппе IA оценка новорожденных по шкале Апгар на 1й минуте составила 7 (7; 8) баллов, в подгруппе IB – 6 (5; 6) баллов, в группе контроля – 8 (8; 8) баллов ($p<0,001$).

Оценка новорожденных по шкале Апгар на 5й минуте составила в подгруппе IA – 8 (8; 9) баллов, в подгруппе IB – 7 (6; 7) баллов и в группе контроля – 9 (9; 9) баллов ($p<0,001$).

В подгруппе IA концентрация sFlt-1 составила 54305 пг/мл (12352; 102394), PlGF – 82,67 пг/мл (61,03; 101,6), соотношения sFlt-1/PlGF – 852,44 (161,6; 1015,2).

В подгруппе IB концентрация sFlt-1 составила 105001 пг/мл (59766; 118014), PlGF – 34,89 пг/мл (24,57; 49), соотношения sFlt-1/PlGF – 2888,92 (1615,08; 4273,2).

Концентрация sFlt-1 у беременных с физиологическим течением беременности составила 11860 пг/мл (6420; 15720), PlGF – 705 пг/мл (324,6; 951), sFlt-1/PlGF – 19,1 (7,43; 39,44).

Установлено, что концентрации PlGF и sFlt-1/PlGF статистически значимо отличались в исследуемых подгруппах ($p=0,01$ и $p=0,004$ соответственно). В связи с этим

построена прогностическая модель (ROC-анализ) с целью определения пороговых величин для прогнозирования декомпенсации ЗРП.

При уровне PlGF $\leq 52,7$ пг/мл, прогнозировался высокий риск прогрессирования ЗРП. Чувствительность и специфичность 76,19% и 100% соответственно.

При уровне sFlt-1/PlGF $\geq 1118,12$ прогнозировался высокий риск прогрессирования ЗРП. Чувствительность и специфичность 90,48% и 91,67% соответственно.

Заключение

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что в зависимости от характера течения ЗРП различия по концентрациям PlGF и соотношения sFlt-1/PlGF статистически значимы, следовательно данные маркеры могут быть использованы для прогнозирования течения ЗРП.

ИНФЕКЦИЯ SARS-COV-2 У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Игнатко И.В., Меграбян А.Д., Якубова Д.И.

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

Актуальность

В конце 2019 г. мировое медицинское сообщество столкнулось с пандемией тяжелого острого респираторным дистресс-синдрома (SARS-CoV-2) вызванным новой коронавирусной болезнью (COVID-19), передающейся воздушно-капельным путем.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) охарактеризовала вспышку COVID-19 как пандемию из-за её быстрого и массового распространения. Предыдущие пандемии коронавируса, такие как ТОРС-КоВ и коронавирус ближневосточного респираторного синдрома (БВРС-КоВ), были связаны с плохими исходами у матери и плода.

На сегодняшний день проблема течения беременности на фоне новой коронавирусной пандемии, получившего название SARS-CoV-2, чрезвычайно активна и сложна. А связано это с отсутствием достаточного клинического опыта о течение беременности и неонатальном исходе плода.

Цель

Оценить влияние перенесенной коронавирусной инфекции матери на течение беременности, родов и перинатальных исходы

Материалы и методы

Для проведения исследования мы провели ретроспективный обзор 97 медицинских карт. В исследовании участвовали беременные женщины с подтвержденной инфекцией COVID-19.



Результаты

Средний возраст беременных женщин 30,6 (диапазон 19-41). Наиболее распространенные симптомы: лихорадка в 45,3%, кашель в 28,8% (28/97) и миалгий- 11,3% (11/97). Среди 24,7% болезнь протекала бессимптомно. Дыхательная недостаточность -36 (37,1%). По данным компьютерной томографии пневмония у 56 (57,7%).

Родоразрешение: кесарево сечение- 68 (70,7%). Преждевременные роды менее 37 недели беременности – 47 (48,4%), преждевременное излитие околоплодных вод- 29,8%, острая гипоксия плода -14,2%, маловодие 28,7%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 3,7%.

Все дети были живорождениями. Мертворожденных и неонатальных смертей или неонатальной асфиксии не наблюдалось. У всех новорожденных – отрицательный результат на COVID-19. Из них недоношенные – (48,4%) новорожденных, пневмония с дыхательной недостаточностью – 34 (35%), дистресс плода – 22,6%.

Заключение

Согласно нашим исследованиям, клиническое значение вертикальной передачи SARS-CoV-2 через плаценту остается спорным. Слабая плацентарная коэкспрессия ACE-2 и TMPRSS2, двух рецепторов, участвующих в цитоплазматическом проникновении SARS-CoV-2, может объяснить малую вероятность трансплацентарной инфекции. Кроме того, к настоящему времени нет информации о вирусных факторах, которые могут дополнительно повлиять на вероятность передачи инфекции в утробе матери. Для подтверждения механизмов вертикальной передачи и плацентарного барьера необходимы обширные исследования.

РОЛЬ НЕЙТРОФИЛОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Карахалис Л.Ю., Ли Н.В.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ России
г. Краснодар

Актуальность

Поиск предикторов преждевременных родов в последние годы направлен на изучение провоспалительных маркеров, в том числе и лейкоцитов, рост которых обусловлен в основном за счет нейтрофилов. Сравнение уровня нейтрофилов между родившими преждевременно и в срок способствует созданию прогнозных моделей преждевременных родов.

Цель

Изучить изменение уровня нейтрофилов при преждевременных и срочных родах у беременных с исходной клинической картиной угрозы прерывания беременности.



Материалы и методы

Проведено обследование 85 беременных с угрозой преждевременных родов, поступивших в перинатальный центр. Из этого числа 42 беременные родили преждевременно, составив 1 группу и 43 – в срок, составив 2 группу. Возраст между группами статистически не отличался: в 1 группе составил $29,6 \pm 6,33$ года и во 2-ой группе $28,79 \pm 4,97$ лет ($p=0,476$). Уровень нейтрофилов определяли аппаратным методом при поступлении на фоне клиники угрозы преждевременной родовой деятельности. Оценка уровня нейтрофилов проводилась в сроки 22-27+6 недель; 28-33+6 недель; 34-36+6 и 37 недель беременности и более.

Результаты

Уровень нейтрофилов в сроки 22-27+6 недель ($78,15 \pm 7,91\%$), 28-33+6 недель ($77,31 \pm 9,15\%$) и 34-36+6 недель ($82,53 \pm 7,18\%$) беременности оказался статистически значимо выше в сравнении с уровнем нейтрофилов в 37 недель и более ($69,44 \pm 6,16\%$), при $p < 0,05$. Имеется отличие в уровне нейтрофилов среди поступивших с клиникой угрозы, но родивших или преждевременно, или в срок. Учитывая, что беременность считается системным воспалительным процессом, нейтрофилам принадлежит роль стимуляторов бета-адренорецепторов в миоцитах. Полученные нами данные демонстрируют рост числа нейтрофилов при угрозе преждевременных родов и при преждевременном родоразрешении. Роль их до конца не изучена. Однако, полученные нами данные ранговой корреляции Спирмена между уровнем нейтрофилов и родами в срок ($R = -0,519$) показали: чем выше уровень нейтрофилов, тем вероятнее наступление преждевременных родов.

Заключение

Определение в динамике повышения уровня нейтрофилов при угрожающих преждевременных родах способствует выделению групп риска по преждевременным родам и проведению адекватной терапии, направленной на сохранение беременности.

ПОСТРОЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Карахалис Л.Ю., Ли Н.В.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ России
г. Краснодар

Актуальность

Учитывая мультифакториальность преждевременных родов, поиск факторов риска и построение прогностических моделей являются на сегодняшний день актуальной задачей.



В начало

Содержание

Список авторов

Цель

Используя средства машинного обучения создать прогностическую модель преждевременных родов.

Материалы и методы

Для построения прогностической модели использовали данные исследования в группах беременных с преждевременными родами, составивших 1 группу ($n=42$) и со срочными родами, составивших 2 группу ($n=43$). Кроме этого, использованы средства машинного обучения: метод опорных векторов (Support vector machine – SVM) и метод автоматических нейронных сетей (Automated neural networks), что заключалось в определении класса принадлежности объекта по его количественным и качественным переменным.

Результаты

Для построения прогностической модели в процессе исследования выбраны следующие количественные и качественные показатели, имеющие статистически значимые корреляции, определяемые при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена: ИМТ ($R = -0,363$), возраст менархе ($R = 0,338$), длительность менструации ($R = 0,304$), уровень релаксина ($R = -0,196$), лейкоцитов ($R = -0,253$), нейтрофилов ($R = -0,519$), эритроцитов ($R = 0,259$), гемоглобина ($R = 0,334$), ферритина ($R = 0,866$), пролактина ($R = -0,257$), ИЛ-6 ($R = -0,865$), заболеваемость ЖКТ в анамнезе ($R = 0,317$), эндокринные заболевания ($R = -0,246$), инфекции мочевыводящих путей ($R = 0,297$), ВЗОМТ в анамнезе ($R = -0,203$). К ним был добавлен возраст пациенток ($R = -0,078$). Выборка из 85 пациенток при помощи датчика случайных чисел была разделена на две части: обучающую и тестовую. На обучающей выборке (75% больных – 63) строился классификатор, а на тестовой (25% больных – 22) проверялись его прогностические способности. Используя метод автоматических нейронных сетей, было построено 100 искусственных, выбрана сеть, которая наиболее выделялась за счет своих прогностических возможностей. На основе этого разработана программа, имеющая простой интерфейс и не требующая специального обучения. Внедрение её в практическое здравоохранение позволило снизить число экстремально ранних преждевременных родов.

Заключение

Создание при помощи нейронных сетей моделей прогнозирования преждевременных родов способствует не только снижению их числа, но и ведет к повышению качества жизни будущих поколений.



РОЛЬ УЛЬТРАСТРУКТУРНЫХ ПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ В ЭТИОЛОГИИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Ковалев В.В., Миляева Н.М., Багиянц В.А.

ФГБОУ ВО «УГМУ»

г. Екатеринбург

Актуальность

Значимость проблемы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты определяется занимаемой ею ведущей позицией в структуре акушерских кровотечений, а также влиянием ее на тяжесть осложнений со стороны матери и плода. В сфере внимания исследователей в последние годы появляются вопросы, связанные с изучением механизмов развития ПОНРП. Исследование плацентарной ткани при координированной и слабой родовой деятельности методом электронной микроскопии на современном этапе крайне ограничены.

Цель

Изучить ультраморфологические структуры плаценты для выяснения этиологических факторов декомпенсации плацентарного комплекса при первичной слабости родовой деятельности.

Материалы и методы

В исследование были включены 50 первородящих пациенток (25 с координированной родовой деятельностью (КРД) и 25 с первичной слабостью родовой деятельности (СРД)) в возрасте 21-30 лет (средний возраст $26,0 \pm 1,2$ года). Протокол исследования был утвержден локальным этическим комитетом. Все пациентки дали информированное согласие на участие в исследовании. Ультратонкие срезы плаценты для электронно-микроскопического исследования получали на ультратоме «Leica EM UC6» (Германия), контрастировали их цитратом свинца и исследовали в электронном микроскопе «Morgagni 268-D» (Чехия, Голландия) при рабочем увеличении от 2200 до 7000. Оценка синцитиотрофобласта проводилась на обзорных снимках 3-х перинуклеарных зон приблизительно одинаковых размеров и структуры синцитиотрофобласта при увеличении 3500, с детализацией структур органелл при увеличении 7100 – 22000. При ультрамикроскопическом исследовании образцов тканей оценивались: структура цитоплазмы, степень вакуолизации, наличие очагов деструкции и воспаления, степень разрыхления ядерной мембраны, сохранность ее двухконтурности, состояние хроматина, локализация митохондрий в цитоплазме (диффузно или перинуклеарно), состояние митохондрий (типичная структура, набухание с частичной деструкцией крист, полная деструкция митохондрий) с последующим вычислением индексов частичной деструкции и деструкции для оценки уровня сохранности митохондрий, наличие эндоплазматической сети, состояние канальцев и цистерн. На основании результатов этих исследований оценивали компенсаторно-



приспособительные реакции плацентарной ткани в зависимости от характера родовой деятельности.

Результаты

Макроскопические характеристики не выявили тяжелых дегенеративно-дистрофических изменений плацентарной ткани при первичной СРД и КРД. При микроскопическом исследовании для выявления истинного вклада состояния плаценты в развитие острой гипоксии плода в родах, осложненных первичной СРД, были исключены случаи страдания плода связанных с обвитием пуповины. При первичной СРД установлено: в большинстве случаев визуализировались деструкция синцитиотрофобласта, отслойка и некроз на некоторых участках плаценты, глубокие изменения микроциркуляторного русла с явлениями тромбоза, сладжирования форменных элементов крови к патологически измененному эндотелию сосудов синцитиотрофобласта. В плаценте у пациенток, своевременные роды у которых протекали с КРД, при ультраморфологическом исследовании визуализировалась наиболее сохранная клеточная ультраструктура, признаков воспаления плаценты выявлено не было.

Заключение

Таким образом, очевидно, что острая гипоксия плода при срочных родах, осложненных первичной слабостью родовой деятельности обусловлена острым нарушением маточно-плацентарной и плодово-плацентарной гемодинамики на фоне отслойки синцитиотрофобласта, формированию которой способствовали, во-первых – проведение терапевтической родостимуляции окситоцином в период своевременных родов, во-вторых – прогрессирование первичной слабости родовой деятельности у первородящих женщин.

АДЕНОМИОЗ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Кодряну Н.П., Иванова Е., Кодряну Д.

Государственный университет медицины и фармакологии имени Николая Тестемицану
г. Кишинев

Актуальность

Аденомиоз – одна из самых распространенных патологий современной гинекологии, поражающая 5-10% женщин репродуктивного возраста. Аденомиоз, как одна из форм эндометриоза, представляет имплантаты эндометрия в области переходной-соединительной зоны матки. Международные исследования показали, что переходно-соединительная зона матки > 8 мм является причиной нарушения имплантации, неудач ЭКО, преждевременных родов и ЗВУР. Анатомически разрушенная соединительная зона ведет к плацентарным расстройствам: преэклампсии, приращению и вращению плаценты.

Цель

Целью данного исследования стало определить влияния аденомиоза на репродуктивные исходы и осложнения беременности.

Материалы и методы

За период 2015 – 2018 гг на базе ГКБ №1 было проведено ретроспективное клиническое исследование, которое включило 107 пациенток с постоперационным диагнозом «аденомиоз», подтвержденным гистологически. В контрольную группу вошли 107 пациенток с миомой матки. Критерии включения в основную группу: гистологически подтвержденный аденомиоз после тотальной, субтотальной гистерэктомии и консервативной аденомиомэктомии. Критерий исключения из основной группы: аденомиоз, связанный с миомой матки, аденокарцинома и другие злокачественные новообразования; тяжелые экстрагенитальные патологии, которые могут повлиять на репродуктивную функцию, тромбофилия, антифосфолипидный синдром, инфекционная патология маточных труб. Критерии включения в контрольную группу: миома матки без поражения переходно-соединительной зоны матки, подтвержденная гистологически. Критерий исключения из контрольной группы: миома матки, поражающая переходно-соединительную зону матки; наличие синехий матки, фиброзных полипов и аденокарциномы.

Результаты

В результате исследования мы обнаружили, что аденомиоз связан с клиническими симптомами менометроррагии у 78,50%, дисменореи у 71,03%, диспареунии у 52,34% пациенток. Среди ультразвуковых критериев были выявлены: шаровидная матка у 35,51% пациенток, утолщение передне – заднего размера матки ≥ 40 мм у 35,51%, негетерогенный миометрий с неоднородными участками без соединительнотканной капсулы у 28,03% и изменениями переходно-соединительной зоны матки у 35,51% пациенток. Сравнительный анализ репродуктивного анамнеза в группах исследования показал, что аденомиоз является причиной множественных репродуктивных осложнений, а именно: бесплодия -14,95% против 6,54% (ОШ 2,51, 95% ДИ 0,98 – 6,38; $p < 0,05$), неудач ЭКО – 21,49% против 9,35% (ОШ 2,65, 95% ДИ 1,19 – 5,89; $p < 0,05$), самопроизвольных аборт – 38,32% против 16,82% (ОШ 3,07, 95% ДИ 1,62-5,82; $p < 0,001$), замерших в развитии беременностей – 10,28% против 3,74% (ОШ 2,95, 95% ДИ 0,90-9,57; $p > 0,05$). Проведенное исследование продемонстрировало, что беременные женщины, страдающие аденомиозом, находятся в группе высокого риска. В группах исследования были задокументированы: преждевременные роды – 44,86% против 23,36% (ОШ 2,66, 95% ДИ 1,48-4,80; $p < 0,001$), ЗУВР – 23,36% против 9,35% (ОШ 2,95, 95% ДИ 1,34-6,51; $p < 0,001$), преэклампсия – 22,43% против 7,48% (ОШ 3,57, 95% ДИ 1,52-8,38; $p < 0,001$), предлежание плаценты – 6,54% против 0,93% (ОШ 7,42, 95% ДИ 0,89-61,39; $p < 0,05$), послеродовое кровотечение – 56,07% против 42,05% (ОШ 1,75, 95% ДИ 1,02-3,02; $p < 0,05$).

Заключение

Аденомиоз, повреждающий переходно-соединительную зону матки, является причиной неблагоприятных репродуктивных исходов и осложнений беременности



в результате невозможности качественной плацентации. Беременные пациентки с аденомиозом должны вестись в медицинских учреждениях II – III уровня, поскольку находятся в группе осложнений высокого риска.

ВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ НА УРОВЕНЬ ФЕТАЛЬНОЙ ФРАКЦИИ ПРИ НЕИНВАЗИВНОМ ПРЕНАТАЛЬНОМ ТЕСТЕ

Кудрявцева Е.В., Ковалев В.В., Дектярев А.А.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ
г. Екатеринбург

Актуальность

С 2011 года в мире с целью выявления беременных группы высокого риска по рождению ребенка с хромосомной анеуплоидией (ХА) используется метод неинвазивного пренатального теста (НИПТ). Фетальная фракция (ФФ) является важным показателем результативности теста, поскольку низкий ее уровень (ниже 4-5%) не позволяет выдать пациентке достоверный результат.

Цель

Определение факторов, которые могут повлиять на уровень ФФ при проведении НИПТ.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное сравнительное когортное исследование. В исследование включено 288 пациенток, которым в 2015-2018 гг. после проведения стандартного комплекса пренатальной диагностики был проведен НИПТ (в 12-18 недель беременности). Мы оценивали корреляцию уровня ФФ с различными клинико-анамнестическими параметрами и с показателями биохимического скрининга 1 триместра (РАРР-А и хХГЧ). Проведено сравнение по уровню ФФ при беременности с благоприятным и неблагоприятным исходом.

Результаты

Из 288 пациенток, включенных в исследование, у 34 (11,8%) методом НИПТ был определен высокий риск хромосомных анеуплоидий (ХА) у плода, они составили группу 1 (наличие ХА подтверждалось с помощью ИПД). Среди них в 28 случаях был определен высокий риск трисомии 21, в 4 случаях – трисомии 18, в 2 случаях – моносомии X. У 254 был определен низкий риск, они были включены в группу 2. Группа 2 в свою очередь была поделена на 2 подгруппы: подгруппа 2а – пациентки с физиологическим течением и благоприятным исходом беременности (N=203), и подгруппа 2б – пациентки с осложненным течением и/или неблагоприятным исходом беременности (N=51).



Средний уровень ФФ у пациенток, где были выявлены ХА у плода составил 9,01(5,4-11)%, при отсутствии ХА – 9,7(6,5-11,95)% ($p=0,37$). В научной литературе не однократно указывалось на тот факт, что уровень ФФ при наличии ХА у плода может быть снижен. В нашем исследовании в группе 1 уровень ФФ действительно был несколько ниже, чем в группе 2, однако различия статистически не значимы. Возможно, статистически значимые различия могут быть получены при увеличении объема выборки.

У пациенток с физиологическим течением беременности этот показатель составил 10,07(6,6-12,57)%, а у пациенток с осложненным течением беременности существенно ниже – 8,11(5,35-11,29)% ($p=0,02$). Касательно взаимосвязи осложненного течения беременности и низкой ФФ данные научной литературы противоречивы. Например, в статье Poop L.C. et al. (2013) указано, что изменения ФФ не существенны при осложненных беременностях. В публикации Rolnik D.L. et al. (2018) напротив, указывается, что чем ниже уровень ФФ, тем выше уровень преэклампсии или задержки внутриутробного роста плода (ЗВУР). Возможно, низкий уровень ФФ при проведении НИПТ может быть предиктором осложненного течения гестации, но данный вопрос требует дальнейшего изучения.

Нами выявлено, что существует статистически значимая обратная взаимосвязь между уровнем ФФ и возрастом беременной, весом и ИМТ пациентки, количеством беременностей в анамнезе, а также прямая связь между ФФ и уровнем ХХГЧ (в МоМ). Статистически значимых корреляций между ростом беременной, количеством родов в анамнезе и уровнем РАРР-А (МоМ) не выявлено.

Заключение

ФФ – важный параметр НИПТ. Достаточный уровень ФФ не только свидетельствует о высокой достоверности результата, полученного при проведении НИПТ, но также повышает шансы на благоприятный исход беременности. На уровень ФФ может влиять ряд клинико-анамнестических характеристик пациентки (вес и индекс массы тела, возраст и акушерский анамнез). Исследования, направленные на определение уровня ФФ при различных физиологических и патологических состояниях при беременности, представляются перспективными для разработки новых моделей прогнозирования осложнений беременности.



ХАРАКТЕР ЭКСПРЕССИИ ГЕНА ЭСТРОГЕНОВОГО РЕЦЕПТОРА АЛЬФА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Курбанов Б.Б., Курбанов Д.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
г. Ташкент

Актуальность

Эстроген является основным эндокринным гормоном, играющим решающую роль на протяжении всей беременности, включая развитие плода, маточно-плацентарный кровоток, имплантацию, регуляцию репродукции и биосинтез прогестерона. Некоторые полиморфизмы гена ESR1 связаны с тяжелой и легкой преэклампсией.

Цель

Изучение полиморфизма гена эстрогенового рецептора альфа (ESR1) у беременных женщин с преэклампсией.

Материалы и методы

Исследование проводилось у 100 беременных женщин, которые были разделены на 2 группы. Основная группа – 68 женщин с диагнозом преэклампсия (легкой и тяжелой степени). Контрольная группа 32 условно-здоровых беременных женщин. Обследование беременных и сбор материала проводились в городском родильном комплексе №6, города Ташкента. Генетические исследования проводились в Республиканском научно-практическом центре гематологии.

Материалом для исследования служили образцы ДНК беременных женщин. Выделение ДНК из крови и ПЦР-анализ осуществляли наборами реагентов и тест-систем компании «Ампли Прайм Рибо-преп» (ООО «Некст Био», Россия). Определение концентрации полученного препарата нуклеиновых кислот в пробах проводили спектрофотометрически на приборе NanoDrop-2000 (NanoDrop Technologies, США). Тестирование мутации ESR1 проводили на ПЦР-амплификаторе Corbett research (Corbett, Австралия), с использованием тест-системы компании (ООО НПФ «Синтол», Россия) согласно инструкции производителя. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистических программ «EpiCalc 2000 Version 1.02».

Результаты

Распространенность частот генотипов GG, GA и AA у женщин в основной группе составила 79,2%, 18,0% и 2,8%, соответственно, тогда как в контрольной группе – 72,1%, 26,4% и 1,5%, соответственно. Согласно полученным результатам, частота аллеля G и A составляет 85,3% и 14,7%, соответственно. Анализ результатов изучения полиморфизма rs2228480 гена ESR1 показал, что в группе условно-здоровых лиц узбекской национальности не было выявлено значительных отклонений наблюдаемых генотипов от ожидаемых при проверке на соответствие равновесию Харди-Вайнберга (PXB) ($\chi^2=0,207$; $p=0,649$). При этом, теоретически ожидаемая частота



генотипов в контрольной группе составила: $GG=0,72$; $GA=0,26$; $A/A=0,015$; фактически наблюдаемая: $GG=0,727$; $GA=0,25$; $GG=0,026$. Полученные данные у женщин в основной группе также согласуются с законом PXB, где $\chi^2=1,27$ и $p=0,25$. Ожидаемая частота генотипов в этой группе составила: $GG=0,78$; $GA=0,21$; $A/A=0,013$; наблюдаемая: $GG=0,79$; $GA=0,18$; $A/A=0,028$; Таким образом, полиморфизм rs2228480 гена ESR1 в популяционной выборке имеет следующие характеристики: частота функционально неблагоприятного аллеля A составляет 15%, распределение ожидаемых и наблюдаемых генотипов данного полиморфизма соответствует PXB.

Заключение

Результаты нашего исследования показали тенденцию к увеличению выявления аллеля G и генотипа GG в группах у беременных с преэклампсией, что могло бы указывать на наличие риска при выявлении данных генотипических и аллельных вариантов полиморфизма rs2228480 гена ESR1.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СООТНОШЕНИЯ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ TLR4 И IL10 В ЦЕРВИКАЛЬНОМ КАНАЛЕ С РИСКОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

**Мирзабекова Д.Д., Салпагарова З.Х., Меджидова М.К., Сариебекова А.Г.,
Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.**

ФГБУ НМИЦ АГиП им. В. И. Кулакова
г. Москва

Актуальность

Преждевременные роды (ПР) ассоциированы с высокой частотой неонатальной и перинатальной заболеваемости и смертности, в связи с чем относятся к числу наиболее актуальных проблем акушерства. Несмотря на наличие большого количества клиничко-лабораторных методов диагностики угрожающих преждевременных родов, вопрос о прогнозировании исхода беременности и способах лечения для матери и плода нельзя считать окончательно решенным. Считается, что изменение концентрации различных маркеров, в том числе цитокинов на локальном уровне может свидетельствовать об инвазии патогена еще до проявления системной реакции, повышение уровня провоспалительных цитокинов в цервикальной слизи может свидетельствовать о скором наступлении преждевременных родов.

Цель

Установить взаимосвязь соотношения уровней экспрессии м-РНК генов в эпителии цервикального канала с риском развития преждевременных родов.

Материалы и методы

В ходе исследования проанализированы особенности течения и исходы беременности у 123 женщин. Критериями включения служили: беременные со сроком от 22-37 недель; возраст беременных от 18 до 45 лет; информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: тяжелая экстрагенитальная патология; врожденные пороки развития плода; многоплодная беременность; декомпенсированная плацентарная недостаточность; преждевременное излитие околоплодных вод; тяжелая преэклампсия. Группу 1 составили 26 женщин, родивших в течение 7 дней после проведения обследования при сроке от 22 до 36 недель беременности. Группу 2 – 43 случаев угрожающих преждевременных родов с последующим родоразрешением при доношенном сроке беременности. Группу 3 (группа контроля) – 54 – условно здоровых пациенток родоразрешенных в срок.

Всем пациенткам было проведено исследование структуры микробиоценоза влагалища методом «Фемофлор» (ООО «НПО ДНК-Технология», Россия) и измерение уровней мРНК генов TLR4, CD68, TNF, GATA3, IL1b, IL10, IL18, TNF α , TLR4 в клетках цервикального канала и заднего свода влагалища определяли методом количественной ПЦР в режиме реального времени с обратной транскрипцией (ОТ-ПЦР). Нуклеиновые кислоты выделяли с использованием набора реагентов ПРОБА-НК (ООО «НПО ДНК-Технология», Россия). Статистическая обработка данных выполнена с использованием программы «SPSS Statistics 17,0 for Windows».

Результаты

Была проведена оценка соотношения уровней экспрессии генов, контролирующей активность клеточных рецепторов и медиаторов воспаления, в нижних отделах репродуктивного тракта беременных с реализацией преждевременных родов и в группе контроля, вне зависимости от состояния биоценоза влагалища. Было установлено, что соотношение уровней экспрессии мРНК генов TLR4/IL10 со значением 1,15 в эпителии цервикального канала, свидетельствовало о возможности пролонгирования беременности при угрозе ПР, в то время как при значениях ниже 0,88 для данного показателя реализуются ПР.

Проанализирован профиль экспрессии генов врожденного иммунитета в эпителии влагалища и цервикальном канале. Анализ профиля экспрессии и локальной воспалительной реакции проводился с учетом состояния микробиоценоза влагалища. При изучении профиля экспрессии исследуемых генов во влагалище не было выявлено статистически значимых различий между группами. Однако при стратификации пациенток по состоянию микробиоценоза влагалища была выявлена тенденция к увеличению экспрессии генов IL18 ($p=0,07$) и GATA3 ($p=0,045$) при дисбиозе. При этом для нормоценоза статистически значимых различий в частоте встречаемости провоспалительного профиля экспрессии генов цитокинов между пациентками с ПР и своевременными родами не наблюдалась.

Заключение

Доказана прогностическая значимость оценки уровня экспрессии провоспалительных генов цитокинов. Соотношение уровней экспрессии м-РНК генов TLR4/



IL10 в эпителии цервикального канала меньше 0,9 ассоциируются с риском развития преждевременных родов.

СТРЕПТОКОККИ ГРУППЫ В И ИХ РОЛЬ В ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ.

Оганян К.А., Пачулия О.В., Беспалова О.Н.

Медицинский факультет СПбГУ, ФГБНУ НИИ АГиР им. Д.О. Отта
г. Санкт-Петербург

Актуальность

Известно, что в акушерской практике значительное место в развитии осложнений течения беременности, родов, послеродового периода занимают стрептококки группы В (СГВ). Инфицирование плода СГВ происходит при прохождении его через родовые пути матери. Существуют данные, что стрептококки группы В могут проходить интраканаликулярно через интактные плодные оболочки и внутриутробно поражать плод. Инфекция, вызванная стрептококками группы В, может привести к ранним и поздним выкидышам, преждевременным родам, внутриутробной инфекции плода и к негативным перинатальным исходам.

Цель

Целью исследования явилось изучение роли СГВ в развитии преждевременных родов, осложнений в родах и перинатальные исходы.

Материалы и методы

Всего было обследовано 224 беременные женщины, у которых произошли преждевременные роды. Материалами для исследования у беременных женщин служили вагинальный секрет и моча. Для выделения и идентификации стрептококков группы В использовались бактериологические методы.

Результаты

В посевах из урогенитального тракта 224 беременных женщин, у которых произошли преждевременные роды, были выделены стрептококки группы В в 56 (25,0 ± 2,9%) случаях, при этом во влагалище – в 29 (51,8 ± 6,7%), в моче – в 12 (21,4 ± 5,5%), одновременно в моче и влагалище – в 15 (26,8 ± 5,9%) случаях.

Также было изучено течение родов у этих 224 женщин и состояние их 224 новорожденных детей. Из осложнений родов достоверно чаще встречалась гипоксия плода у 37 (66,1 ± 6,3%), колонизированных стрептококками группы В женщин, чем у 42 (25 ± 3,3%) женщин не колонизированных СГВ. Колонизация стрептококками группы В новорожденных произошла в 20 случаях (35,7 ± 6,4%), из них внутриутробная инфекция наблюдалась только у детей, колонизированных СГВ в 12 случаях (66,0 ± 11,0%).



В начало

Содержание

Список авторов

Заключение

Таким образом, колонизация мочеполовых путей беременных женщин стрептококками группы В является наиболее значимым в развитии преждевременных родов и гипоксии плода в родах. Наибольшую угрозу стрептококки группы В представляют для новорожденных, так как более, чем в половине случаев, у колонизированных новорожденных, развилась внутриутробная инфекция.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ФАКТОР СПОНТАННЫХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Оганян К.А., Пачулия О.В., Беспалова О.Н.

Медицинский факультет СПбГУ, ФГБНУ НИИ АГиР им. Д.О. Отта
г. Санкт-Петербург

Актуальность

Спонтанные преждевременные роды — «большой акушерский синдром», имеющий многофакторную природу. При многоплодной беременности нет достаточных данных о роли воспаления в реализации преждевременных родов.

Цель

Изучить влияние различных инфекций на развитие преждевременных родов при многоплодной беременности.

Материалы и методы

В исследование было включено 30 многоплодных беременных. Всем беременным была выполнена комплексная оценка качественного и количественного состава микроорганизмов, отделяемого нижних отделов генитального тракта посредством микроскопического, бактериологического, молекулярно-биологического исследования. Спонтанные преждевременные роды произошли в 13 ($40,0 \pm 8,9\%$) случаях и составили основную группу, срочные роды в 16 ($53,3 \pm 9,1\%$) – контрольную группу. Индуцированные преждевременные роды произошли в 2 ($6,7 \pm 4,6\%$) случаях и не были включены в сравнительный анализ.

Результаты

В основной группе *Lactobacillus* spp. были выделены у 15,4%. В группе женщин, беременность которых закончилась срочными родами, лактобациллы были выделены у 32,5%, но различия не были достоверны ($p > 0,05$). В основной группе частота выделения *Enterococcus* f. была в 2 раза выше по сравнению с группой контроля, но различия не были статистически значимыми (23,1% и 12,5%), $p > 0,05$. По частоте выделенных *Escherichia coli*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus* spp., *Klebsiella* spp., *Candida* spp. группы были сопоставимы и достоверно не отличались между собой ($p > 0,05$).



При молекулярно-биологическом исследовании с использованием тест-системы «Фемофлор 16» выявила в группе преждевременных родов не только большую частоту дисбиотических нарушений, но и степень их выраженности по сравнению с группой контроля ($p=0,029$). У женщин, чья беременность закончилась преждевременными родами, частота физиологического микробиоценоза влагалища была несколько ниже (76,9%), чем у беременных, у которых имели место срочные роды (87,5%). В группе ПР были выявлены выраженный анаэробный дисбиоз в 15,38% случаев и выраженный аэробный дисбиоз в 7,69%. При срочных родах выраженные дисбиотические нарушения выявлены не были. Частота выявления *Ureaplasma* sp. достоверно не отличалась в основной и контрольной группах (46,15% и 31,3%, $p>0,05$). В основной группе *M. hominis* обнаружены в 38,5% случаев, в контрольной группе эти микроорганизмы не были обнаружены ни в одном случае, $p=0,0085$.

Заключение

Полученные результаты показали, что маркерами спонтанных преждевременных родов при многоплодной беременности может явиться дисбиоз влагалища, наличие в составе микробиоценоза влагалища генитальных микоплазм.

УРОГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Оганян К.А., Пачулия О.В., Беспалова О.Н.

Медицинский факультет СПбГУ, ФГБНУ НИИ АГиР им. Д.О. Отта
г. Санкт-Петербург

Актуальность

Инфекция урогенитального тракта, как известно, является одним из ведущих фактором в развитии преждевременных родов и составляет примерно 25-40%. При многоплодной беременности преждевременные роды являются наиболее частым осложнением.

Цель

Изучить влияние урогенитальной инфекции на развитие преждевременных родов при многоплодной беременности.

Материалы и методы

Всего было обследовано 480 беременные женщины, у которых произошли преждевременные роды при сроках беременности 22-36 недели 6 дней, из них 80 ($16,7\pm1,7\%$) с многоплодной беременностью. Спонтанные преждевременные роды произошли у 52 ($65,0\pm5,3\%$) женщин, в 28 ($35,0\pm5,3\%$) случаях преждевременные роды были индуцированные, эти беременные не вошли в наше исследование. Мате-



риалами для исследования служили вагинальный секрет и моча беременных женщин. Для выделения и идентификации микрофлоры использовались бактериологические методы.

Результаты

В I группу входили 34 ($65,4 \pm 6,6\%$) беременные женщины, у которых произошли преждевременные роды с отхождением околоплодных вод, во II группу – 18 ($34,6 \pm 6,6\%$) беременных женщин с началом родовой деятельности ($p < 0,05$). Условно-патогенная флора была выделена из урогенитального тракта 25 ($48,1 \pm 6,9\%$) беременных женщин при преждевременном излитии околоплодных вод, и 12 ($66,7 \pm 11,1\%$) – при преждевременных родах с началом родовой деятельности ($p < 0,05$).

В первой группе женщин из влагалища были выделены: Стрептококки группы В (СГВ) – в 6 ($18,8 \pm 6,9\%$), стрептококки группы D (СГД) – в 8 ($25,5 \pm 7,7\%$) случаях, *Escherichia coli* – в 5 ($15,6 \pm 6,4\%$), *Gardnerella vaginalis* – в 6 ($18,8 \pm 6,9\%$) случаях. Из мочи были выделены СГД – в 5 ($15,6 \pm 6,4\%$), СГВ – в 2 ($6,3 \pm 4,3\%$), *Escherichia coli* – в 4 ($12,5 \pm 5,8\%$), *Ureaplasma spp.* – в 6 ($18,8 \pm 6,9\%$) случаях.

Во второй группе – из влагалища были выделены: СГД – в 5 ($27,8 \pm 10,6\%$), СГВ – в 2 ($11,1 \pm 7,4\%$), *Corinebacterium spp.* – в 5 ($27,8 \pm 10,6\%$). Из мочи были выделены СГД – в 2 ($11,1 \pm 7,4\%$), случаях, СГВ – в 4 ($22,2 \pm 9,8\%$), *Ureaplasma spp.* – в 10 ($55,6 \pm 11,7\%$) случаях.

Заключение

Таким образом, по нашим данным урогенитальная инфекция при многоплодной беременности сыграла значимую роль в развитии преждевременных родов. При этом только при преждевременных родах с отхождением околоплодных вод из влагалища беременных женщин были выделены *Gardnerella vaginalis* в $18,8 \pm 6,9\%$ случаях и *Escherichia coli* – из влагалища в $15,6 \pm 6,4\%$, из мочи в $12,5 \pm 5,8\%$ случаях. При преждевременных родах с началом родовой деятельности, достоверно чаще только во второй группе из мочи были выделены *Ureaplasma spp.* $55,6 \pm 11,7\%$ случаях ($p < 0,05$).

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Песегова С.В., Тимохина Е.В., Белоусова В.С.

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

Актуальность

Проблема преждевременных родов (ПР) является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве. Прежде всего, это связано с высоким риском перинатальной заболеваемости и смертности. Среди причин невынашивания во втором и третьем триместрах беременности ведущее место занимает истмико-цервикальная недостаточность (43%), доля которой в структуре причин ПР составляет 15–25%. В настоящее время методы лечения истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) широко дискутируются. Предлагается использование микронизированного прогестерона, введение акушерских pessaries, хирургическая коррекция.

Цель

Целью данного исследования являлось оценить эффективность цервикального серкляжа и акушерского pessaria при коррекции ИЦН.

Материалы и методы

Для реализации поставленной цели проведен ретроспективный анализ течения и исходов беременности у 108 пациенток с ИЦН и ее коррекцией методом цервикального серкляжа и акушерским pessarium. Исследование проведено на базе Перинатального центра при ГКБ имени С.С. Юдина.

Результаты

Среди обследуемых женщин в 55,9% случаев была проведена коррекция ИЦН путем цервикального серкляжа, в 44,1% – установка акушерского pessaria, у 3 женщин была проведена комбинированная коррекция цервикальным серкляжем с последующей установкой акушерского pessaria, ввиду прогрессирования ИЦН, поэтому они были исключены из окончательного анализа.

Пациентки были разделены на две группы в соответствии с методом коррекции ИЦН: в 1 группу вошли 59 пациенток с цервикальным серкляжем, а во вторую – 49 пациенток с акушерским pessarium. Диагноз ИЦН ставился на основании анамнестических данных, бимануального обследования, данных ультразвукового исследования (укорочение длины шейки матки менее 25 мм). Возраст обследуемых пациенток в 1 группе варьировал от 22 до 46 лет, во 2 группе – от 23 до 45 лет, а средний возраст в обеих группах составил $32,6 \pm 5$ лет. Повторнобеременные в 1 группе наблюдались в 84,75% (50) случаев, а повторнородящие – 61,02% (36) случаев, во 2 группе – 85,71% (42) и 51,02% (25) случаев соответственно. Отягощенный акушерский анамнез в 1 группе имели 79,7% (47), во 2 группе – 71,4% (35) пациенток, а ИЦН в анамнезе наблюдалось у 10,2% (6) и 6,1% (3) беременных соответственно. Самопроизвольный выкидыш и/или неразвивающаяся беременность были отмечены

в анамнезе в 1 группе у 35,6% (21), во 2 группе – 36,7% (18) пациенток, а ПР – 33,9% (20) и 8,2% (4) беременных соответственно, при этом антенатальная гибель плода в анамнезе наблюдалась в 1 группе у 8,5% (5), во 2 группе – 6,1% (3) беременных.

По данным исходов беременности, в 1 группе поздний самопроизвольный выкидыш произошел у 6 беременных (10,17%), а во 2 группе – у 4 беременных (8,16%). Очень ранние ПР (22 – 27 недель 6 дней) произошли у 8 пациенток (13,56%) из 1 группы и 5 пациенток (10,2%) из 2 группы. В сроке 28 – 30 недель 6 дней (ранние ПР) родили 3 пациентки (5,08%) из 1 группы и (8,16%) – из 2 группы. ПР (31 – 33 недели 6 дней) случились у 4 пациенток (6,78%) из 1 группы и 2 пациенток (4,08%) из 2 группы. Поздние ПР (34 – 36 недель 6 дней) произошли у 6 беременных (10,17%) 1 группы и 6 (12,24%) – 2 группы. Своевременные роды – 32 пациентки (54,24%) из 1 группы и 28 беременных (57,14%) из 2 группы.

Заключение

По данным ретроспективного анализа цервикальный серкляж и акушерский пессарий показывают сходную эффективность в профилактике ПР у пациенток с ИЦН. Однако, несмотря на проводимые методы коррекции ИЦН, доля преждевременных родов в данной популяции пациенток остается достаточно высокой. Частота преждевременного прерывания беременности в первой группе составила 45,76%, во второй – 42,86%. Таким образом, необходимо проведение дальнейших исследований для подтверждения полученных результатов, а также направленных на поиск маркеров, которые позволят дифференцированно подходить к выбору оптимальной тактики и коррекции ИЦН.

ВОЗМОЖНОСТИ ПЛАНОВЫХ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА I И II СТЕПЕНИ

Печенкина Н.С.

КОГБУЗ КОКПЦ и КГМУ
г.Киров

Актуальность

Перинатальная смертность доношенных детей, родившихся с задержкой роста, в 3–8 раз выше, чем у нормовесных, и занимает второе место в структуре перинатальных потерь после недоношенности. Из выживших детей здоровыми оказываются не более 10–25%. Количество детей с тяжёлыми психоневрологическими расстройствами может достигать 12–19%. (Радзинский В.Е., 2017 г).

Цель

Провести анализ телемедицинских консультаций беременных с синдромом задержки роста плода (СЗРП).



В начало

Содержание

Список авторов

Материалы и методы

проведен ретроспективный анализ телемедицинских консультаций беременных с СЗРП, находящихся в стационаре отделений патологий области за 2019 год. Всего выполнено 222 консультации с СЗРП, из которых были исключены 46 (20,7%) беременных с СЗРП III степени, госпитализированных экстренно.

Таким образом, в анализ включено 176 консультаций, что составило 8,7% от всех плановых (всего было 2015 по всем нозологическим формам). Пациентки были разделены на 2 группы: в 1-ой группе ($n = 97$) беременные нуждались в переводе в стационар 3-го уровня, или им рекомендовалось приехать на роды в перинатальный центр после лечения в отделениях патологии районов. Во 2-ой группе ($n = 79$) роды были возможны в районных роддомах на момент консультирования. Группы статистически сопоставимы, т.к. беременные проходили курс лечения в отделениях патологии области и имели диагноз СЗРП I-II степени.

Результаты

Средний срок стационарного лечения на момент выполнения телемедицинской консультации составил 3 ± 1 дня в обеих группах, включая время для определения анализа на коронавирус перед госпитализацией. В обеих группах срок беременности составлял от 22 до 36 недель, средний срок составил в группе 1 $34,2 \pm 0,5$ недели, в группе 2 – $34,4 \pm 0,5$ недели.

В рамках исследования беременные обеих групп прошли обследования: ультразвуковое исследование, кардиотокографию и кровь на плацентарный лактоген. В группе 1 частота не установленного диагноза СЗРП I-II степеней составила 20,6% (20)* (* – здесь и далее – различия с группой 1 и 2 достоверны, $p < 0,05$), в группе 2 соответственно 3,4% (3). Статистически значимых различий по возрасту и массе тела установлено не было: $30,4 \pm 0,5$ лет против $31 \pm 0,5$, $81 \pm 0,6$ кг против $79 \pm 0,6$ в группах 1 и 2 соответственно.

Одним из важнейших факторов при СЗРП является акушерско-гинекологический анамнез: повторнородящие женщины (в анамнезе выкидыш или медицинский аборт) в группе 1 составили 80,4% (78)*, в анамнезе имели одни роды – 57,7% (56)*, рубец на матке – 27,8% (27)*, соответственно во 2 группе 39,2% (31), 21,5% (17), 6,3% (5). Была проанализирована частота экстрагенитальных заболеваний: в группе 1 анемия диагностирована в 60,8% (59) случаев, гестационный сахарный диабет (ГСД) 57,7% (56)*, сердечно-сосудистая патология в 39,0% (38), заболевания щитовидной железы 35,0% (34)*, заболевания мочевыводящей системы в 18,5% (18)*. В группе 2: анемия в 62,0% (49), ГСД 29,1% (23), сердечно-сосудистая патология в 29,1% (23), заболевания щитовидной железы 18,9% (15), заболевания мочевыводящей системы в 8,8% (7). Таким образом, ГСД, заболевания щитовидной железы и заболевания мочевыделительной системы среди беременных 1 группы встречались чаще. Осложненное течение беременности в группе 1 наблюдалось с следующей частотой: ложные схватки до 37 недель беременности 55,6% (54)*, плацентарная недостаточность – 40,2% (39), хроническая внутриутробная гипоксия плода 38,1% (37), маловодие – 9,2% (19), многоводие – 6,1% (6)*, соответственно в группе 2: 35,4% (28), 34,1% 13,9% (11), 5%(4), 3,7% (3).



В начало

Содержание

Список авторов

Заключение

В данном обзоре рассмотрена только одна нозологическая форма СЗРП. Полученные результаты, свидетельствуют о значимости консультаций по системе врач-врач, т.к. до 24,0% СЗРП установлено только после консультации. Таким образом, телемедицинские консультации – это новое направление в медицине, которое позволяет осуществить своевременную помощь в решении клинических проблем в отдаленных регионах области.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЦЕРВИКОМЕТРИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ РИСКА СПОНТАННЫХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ, СТРАТИФИЦИРОВАННЫХ ПО ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА

Радьков О.В., Гуреева Л.В., Чистякова О.М.

ГБУЗ ТО ОКПЦ им. Бакуниной Е.М.
г. Тверь

Актуальность

Точность верификации при проведении скрининговых исследований пациенток высокого риска по реализации спонтанного досрочного родоразрешения – ведущий фактор стратегии снижения частоты преждевременных родов (ПР). Патогенез спонтанных ПР у женщин с ожирением и нормальным индексом массы тела (ИМТ) имеет ряд ключевых различий, а значит данные ультразвуковой цервикометрии, как прогностического маркера спонтанного досрочного родоразрешения, вероятно, следует интерпретировать с учетом данных об ИМТ пациентки.

Цель

Определить роль ультразвуковой цервикометрии в определении риска спонтанных ПР у беременных, стратифицированных по индексу массы тела.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ данных 4-х групп пациенток. Две группы представлены женщинами с ожирением ($\text{ИМТ} \geq 30,0 \text{ кг/м}^2$), из которых в I группе 158 респонденток, родивших преждевременно, во II группе – 153 женщин со срочными родами. В других двух группах пациентки с нормальным ИМТ ($18,5\text{--}24,9 \text{ кг/м}^2$), из которых в III группе 202 пациентки с ПР, а в IV группе 168 женщин, родивших в срок. Всем респонденткам в 19–21 неделю гестации выполнялась трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия для анализа длины шейки матки и диаметра цервикального канала с помощью системы Voluson E8 Expert (GE Healthcare, США). Оценка фактических данных проведена с помощью тестов Манна-Уитни и Краскела-Уоллиса, точного критерия Фишера, а также ROC-анализа.



В начало

Содержание

Список авторов

Результаты

Шейка матки в I группе определялась значимо более короткой, чем во II группе (36,1 (33,0-40,7) против 41,8 (39,4-44,1) мм; $p < 0,001$), а пациенток с дилатацией цервикального канала ≥ 10 мм было значимо больше в I группе, чем во II (24 (15,1%) против 3 (2,0%); $p < 0,001$). Значимые различия по длине шейки матки (30,1 (25,3-36,1) против 41,0 (38,2-42,7) мм; $p < 0,001$) и количеству беременных с расширением цервикального канала ≥ 10 мм (39 (19,3%) против 4 (2,4%); $p < 0,001$) отмечались между III и IV группами. Данные цервикометрии в группах пациенток со спонтанными ПР ассоциируются с ИМТ обследуемых, так как у беременных с ожирением длина шейки матки была значимо более длинной, чем у женщин с нормальным ИМТ (36,1 (33,0-40,7) против 30,1 (25,3-36,1) мм; $p = 0,011$). Значимых различий по длине шейки матки при сравнении данных пациенток со срочными родами (II и IV группа) не выявлено (41,8 (39,4-44,1) против 41,0 (38,2-42,7) мм; $p = 0,194$). Пороговое значение длины шейки матки в качестве предиктора ПР у пациенток с ожирением определено как $\leq 37,0$ мм. Значения AUC (area under curve, площади под кривой) по указанному пороговому значению составило 0,813, чувствительность теста – 64,0%, а специфичность – 89,0%. Порог длины шейки матки, как предиктора ПР у пациенток без ожирения составил $\leq 34,0$ мм, значение AUC=0,854, чувствительность теста – 72,0%, специфичность – 94,0%.

Заключение

Таким образом, ультразвуковая цервикометрия с определением длины шейки матки в 19-21 неделю гестации обладает высокими прогностическими характеристиками в отношении спонтанных ПР вне зависимости от ИМТ пациентки. Однако, респондентки с ожирением, родившие преждевременно, в 19-21 неделю гестации имеют более длинную шейку, чем женщины с ПР при нормальном ИМТ, что необходимо учитывать при проведении скрининговых исследований для выделения групп высокого риска по спонтанному досрочному родоразрешению.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПУТЁМ ОЦЕНКИ ОКИДАТИВНОГО СТРЕССА И УРОВНЯ АНТИОКСИДАНТОВ

Салпагарова З.Х., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., СарIBEKOBA A.Г.,
Меджидова М.К.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии



и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

Актуальность

Преждевременные роды являются главной причиной перинатальной и младенческой смертности, ежегодно затрагивающей около 15 миллионов новорожденных по всему миру с прогрессирующим увеличением глобальных показателей. Факторы риска развития преждевременных родов неспецифичны, а патогенез преждевременных родов изучен недостаточно. Однако известно, что в патофизиологию преждевременных родов вовлечен переход от противовоспалительного состояния системы врожденного иммунитета к провоспалительному. Исходя из вышеизложенного представляет интерес изучение окислительного стресса для усовершенствования ранней диагностики и тактики ведения женщин с угрозой и реализацией ПР.

Цель исследования

Определить содержание про- и антиоксидантов в капиллярной крови беременных женщин при преждевременных родах и при физиологической беременности на аналогичных преждевременным родам сроках.

Материал и методы

В исследование были включены 46 беременных женщин, из них 14 на сроке 22-28 недель, 12 на сроке 28-32 недели, 17 на сроке 32-37 недель. Забор периферической крови проводился во время преждевременных родов у первой группы и на аналогичных сроках в группе нормы. Уровень активных форм кислорода и антиоксидантной защиты был определен колориметрическим методом с помощью прибора FORM 3000 («Каллегари», Италия) с использованием тестов FORT, FORD соответственно. Для забора крови были использованы капилляры с гепарином в качестве антикоагулянта. Для статистической обработки полученных данных использовали программу AtteStat 12.05 (Россия).

Результаты исследования

Зарегистрированы достоверные различия в уровнях про и антиоксидантов в периферической крови при преждевременных родах и в группе нормы. Медиана показателей оксидативного стресса в группе преждевременных родов и в группе физиологической беременности составила 2,51 ммоль/л (Q1-Q3 2,0625-3,285) и 1,22 ммоль/л (Q1-Q3 1,22-1,665) соответственно, Р-критерий – 0,004. Медиана показателей уровня антиоксидантов была 0,97 ммоль/л (Q1-Q3 0,3525-1,195) в группе преждевременных родов и 1,505 ммоль/л (Q1-Q3 1,025-2,3125) в контрольной группе, Р-критерий составил 0,001. Таким образом уровень окислительного стресса в периферической крови женщин с преждевременными родами был повышен в 2,1 раза, а количество антиоксидантов по сравнению с группой контроля было снижено в 1,5 раза.

Заключение

Данное исследование доказывает, что преждевременные роды ассоциированы с системным воспалительным ответом, который, как известно, сопровождается развитием оксидативного стресса, приводящего к усилению процессов апоптоза



и нарушениями, как на клеточном, так и субклеточном уровнях. Дальнейшие исследования данных показателей оксидативного стресса позволят определять уровень провоспалительного ответа и прогнозировать на ранних сроках осложнения беременности. Также будет возможен контроль эффективности проводимой терапии, направленной на пролонгирование беременности.

ИСХОДЫ РОДОВ ПОСЛЕ СТИМУЛЯЦИИ ОКСИТОЦИНОМ

Самчук П.М., Стрельникова Е.А., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) Филиал
ГБУЗ «ГКБ имени В.В. Вересаева ДЗМ» «Университетская клиника перинатального акушерства
и гинекологии» Сеченовский Университет
г. Москва

Актуальность

Согласно данным ВОЗ, ежегодно в общемировой практике наблюдается рост индукции родов. В развитых странах данным показатель достигает 25% от всех случаев родоразрешения.

Цель

Оценить исходы родов после стимуляции родовой деятельности внутривенным введением окситоцина с неосложненным и осложненным течением беременности.

Материалы и методы

Проведен анализ исходов 77 индуцированных родов у первородящих с одноплодной беременностью в головном предлежании, посредством изолированного внутривенного введения окситоцина по стандартным схемам в сроках гестации от 37 недель по 41 неделю и зрелой шейкой матки более 8 баллов по шкале Бишопа. В ходе исследования выделены 2 группы сравнения. Первая группа (основная) - 37(48,1%) женщин с осложнений течением беременности, такими как гестационная артериальная гипертензия, умеренная преэклампсия, отеки вызванные беременностью, компенсированная плацентарная недостаточность, много-и маловодие. Во вторую группу (контрольную) – вошли 40(51,9%) пациенток с неосложненным течением беременности. Критериями исключения явились варианты отслойки нормально расположенной плаценты, тяжелая преэклампсия, наличие рубца на матке.

Результаты

В группе контроля с неосложненным течением беременности у 33(82,5%) родильниц роды проведены через естественные родовые пути, у 7 (17,5%) пациенток роды завершены операцией кесарево сечение. Показаниями к операции явились: отсутствие эффекта от родостимуляции окситоцином у 3 пациенток, дистресс плода возникший на фоне внутривенного введения окситоцина у 4 рожениц. При осложненном течении беременности у 19(51,4%) пациенток отмечено развитие родовой

деятельности на фоне введения окситоцина и консервативное завершение родов. В 18(48,6%) случаях проведено кесарево сечение в экстренном порядке (14 – по поводу отсутствия эффекта от инфузии окситоцина, 4 случая – в связи с развитием дистресса плода, на фоне родовозбуждения).

Заключение

Результаты проведенного анализа клинических случаев, показали низкую частоту операций кесарева сечения в группе первородящих с неосложненным течением беременности по сравнению с осложненным, при проведении родовозбуждения окситоцином.

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Самчук П.М., Цароева И.Х., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)
«Университетская клиника перинатального акушерства и гинекологии» Москва Филиал ГБУЗ «ГКБ имени В.В. Вересаева ДЗМ» Сеченовский Университет
г. Москва

Актуальность

Синдром задержки роста плода – осложнение, развивающееся при прогрессировании плацентарной недостаточности, характеризуется высоким уровнем перинатальной заболеваемости и смертности. Несмотря на успехи современного акушерства, до сих пор актуальным является вопрос прогнозирования и выделения факторов риска развития данной патологии.

Цель

Оценить некоторые факторы риска развития синдрома задержки роста плода.

Материалы и методы

Произведен ретроспективный анализ анамнестических данных 50 беременных после родоразрешения при доношенном сроке, с подтвержденным синдромом задержки роста плода, которые составили основную группу. В контрольную группу были включены 30 женщин с нормально протекающей беременностью, родами и исключенной задержкой роста плода. Статистический анализ выполнялся в программе R (версия 3.2, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria).



В начало

Содержание

Список авторов

Результаты

Средний возраст пациенток с нормально протекающей беременностью составил $28,1 \pm 2,5$ лет, в основной группе – $26,7 \pm 2,3$ лет ($p > 0,05$). Средний ИМТ в контрольной группе был равен $25,4 \pm 1,3$ кг/м² а в основной – $22,8 \pm 1,5$ кг/м². При оценке паритета в контрольной группе выявлено, что большинство обследованных женщин оказались первородящими (48%), у 38% предстояли вторые роды, у 14% – третьи и четвертые роды. В основной группе на долю первородящих пришлось 67%, у 23% предстояли вторые роды, у 10% – третьи и четвертые роды. Среди экстрагенитальной патологии первое место в обеих группах занимали острые респираторно-вирусные инфекции (75% в основной группе и 70% – в контрольной) ($p > 0,05$).

Частота заболеваний мочевыделительной системы составила 31,9% в основной группе и 24,6% – в контрольной, среди которых наиболее распространенной нозологией оказался хронический пиелонефрит ($p < 0,05$). Среди патологии сердечно-сосудистой системы первое место по частоте занимает пролапс митрального клапана (24% в основной группе и 15% – в контрольной) ($p < 0,05$). Основной эндокринной патологией в контрольной группе оказался гипотиреоз (14%), в основной группе его частота составила 19% ($p < 0,05$).

При анализе гинекологического анамнеза отмечена разница по частоте искусственных абортов (35% в основной группе, 15% – в контрольной), раздельного диагностического выскабливания (23% и 11%, соответственно) ($p < 0,05$). Среди осложнений текущей беременности в основной группе первое место занимает анемия беременных (34%), в контрольной группе ее частота составила 21% ($p < 0,05$). Частота преэклампсии различной степени тяжести составила 29% в основной группе и 11% – в контрольной, показатели явились достоверно значимы ($p < 0,05$). Также следует отметить, что в основной группе выявлена высокая частота маловодия 33%, по сравнению с контрольной группой (14%) ($p < 0,05$).

Заключение

Результаты проведенного исследования показали, что анемия у беременных и преэклампсия повышают риск развития задержки роста плода. Частота заболеваний мочевыделительной, сердечно-сосудистой систем, эндокринной патологии, а также внутриматочных вмешательств в группе с задержкой роста плода оказалась выше, чем в группе контроля.

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D

Сафарова С.С.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Акушерства и Гинекологии I
г. Баку



В начало

Содержание

Список авторов

Актуальность

Дефицит витамина D является широко распространенной проблемой общественного здравоохранения, связанной с неблагоприятным воздействием на здоровье женщин и детей. Женщины с дефицитом витамина D подвергаются повышенному риску осложнений во время беременности, таких как повышенный риск гестационного диабета, гипертонических расстройств. Однако основная часть исследований сосредоточена на изучении влияния дефицита витамина D на одноплодную беременность, влияние витамина D на течение многоплодной беременности (МБ) мало изучено.

Цель

Оценить возможное влияние дефицита витамина D у женщин с многоплодной беременностью на течение беременности и изучить течение многоплодной беременности на фоне приема витамина D.

Материалы и методы

Обследовано 68 женщин с МБ в сроке 10-12 недель. Беременные были поделены на 2 группы. В первую группу вошли 34 первобеременные, которые в свою очередь поделены на 2 подгруппы А и В. В подгруппу 1А были включены 12 пациенток, которым с целью восполнения дефицита витамина D назначали Вигантол® (Витамин D3 «MERCK», Германия) в виде таблеток в дозе 1000 МЕ (25 мкг колекальциферола) в сутки с I триместра до конца беременности. В подгруппу 1В было включено 12 беременных женщин, которые получали плацебо. Во вторую группу было включено 34 женщины, имеющие в анамнезе 2 и более беременности. Аналогично первой группе женщины с МБ второй группы были поделены на подгруппу 2А в которой 12 пациенткам дефицит витамина D восполняли назначением Вигантол® в виде таблеток в дозе 1000 МЕ (25 мкг колекальциферола) в сутки с I триместра до конца беременности и вторую подгруппу (2В), где 12 беременных женщин получали плацебо.

Витамин D определяли в плазме крови с помощью электрохемилюминесцентного иммуноанализа (ECLIA).

Результаты

Возраст беременных в обеих группах колебался от 24 года до 37 лет, составляя в среднем $25 \pm 3,3$ года в 1-й и $31 \pm 5,2$ года во 2-й группе. Все пациентки, включенные в исследование, были сопоставимы по соматическому статусу. Все женщины, принимавшие участие в исследовании были беременны двойней. У всех обследованных беременных выявлен дефицит в сыворотке крови 25 (ОН) D (<30 нг/мл).

Течение беременности у женщин подгруппы 1А осложнилось у 2 (16,6%) – угрозой прерывания беременности, у 5 (41,7%) – анемией, у 2 (16,6%) – преэклампсией, у 2 (16,6%) – хронической внутриутробной гипоксией плода (ХГП), у 1 (8,3%) – задержкой роста плода/плодов (ЗВУР), у 1 (8,3%) – многоводием. У женщин подгруппы 1В беременность осложнилось у 3 (25%) – угрозой прерывания беременности, у 8 (66,7%) – анемией, у 7 (58,3%) – преэклампсией, у 3 (25%) – гестационным диабетом, у 8 (66,7%) – ХГП, у 3 (25%) – многоводием, у 3 (25%) – ЗВУР и у 2 (16,6%) – преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП).



Среди беременных подгруппы 2А у 1 (8,3%) – отмечалась угроза прерывания беременности, у 6 (50%) – анемия, преэклампсия развилась лишь в 1 (8,3%) случае, у 2 (16,6%) – ХГП, в 2 (16,6%) случаях – многоводие. В подгруппе 2В беременность осложнилось у 4 (33,3%) – угрозой прерывания беременности, у 8 (66,7%) – анемией, у 6 (50%) – преэклампсией, гестационный диабет установлен в 3 (25%) случаях, у 3 (25%) – ЗВУР, у 8 (41,0%) – ХГП, у 2 (16,6%) – многоводием, у 1 (8,3%) – ПОНРП и преждевременные роды в 3 (25%) случаях.

Заключение

Таким образом, в течении МБ существует риск развития осложнений, связанных с дефицитом 25(ОН)D3. У женщин с МБ принимавших плацебо, во время беременности было значимо больше осложнений, чем в группах, получавших «Вигантол». Таким образом, проведенное исследование указывает на возможную эффективность назначения витамина D в профилактике развития ряда осложнений при многоплодной беременности.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕНЕРАЦИИ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

**Солдатова Е.Е., Харченко Д.К., Асташкин Е.И., Караваева А.Л., Кан Н.Е.,
Тютюнник В.Л.**

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России
г. Москва

Актуальность

Проблема преэклампсии (ПЭ) остается одной из ведущих в современном акушерстве и занимает важное место в структуре причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Несмотря на многочисленные исследования, патогенез преэклампсии до конца не изучен. Существует множество теорий возникновения данного осложнения беременности. В последнее время особое значение в патогенезе ПЭ отдается роли оксидативного стресса, вызванного избыточной продукцией АФК (активные формы кислорода), с нарушением баланса оксидантно-антиоксидантной системы. Поэтому особый интерес представляет изучение динамики продукции АФК при преэклампсии с уточнением их роли в развитии системного воспалительного ответа для выделения новых диагностических и прогностических критериев.

Цель

Изучить спонтанную генерацию радикалов кислорода для оценки уровня оксидативного стресса при преэклампсии.

Материалы и методы

В исследование включены 215 беременных: основная группа – 60 пациенток с преэклампсией; группа сравнения – 155 женщин с физиологическим течением беременности. Анализ образования радикалов кислорода осуществляли при помощи хемилюминисценции с использованием спонтанного и индуцированного стандартных стимуляторов. Результаты исследования вносились в таблицы с последующим анализом при помощи современных статистических методов.

Результаты

Все пациентки, включенные в исследование, были сопоставимы по исходной клинико – анамнестической характеристике. Проводилась оценка непрерывной динамики изменений образования радикалов кислорода при преэклампсии. В суспензиях нейтрофилов периферической крови определяли уровень супероксид анионов. При физиологической беременности выявлено увеличение их уровня до 3000-3500 имп/с. При преэклампсии нейтрофилы генерировали радикалы кислорода «спонтанно» и через 20 – 25 минут их уровень достигал максимальных значений (4540 ± 1464 имп/с). На следующем этапе исследования к суспензиям клеток добавляли стандартные стимуляторы с разным механизмом действия – бактериальный пептид и форболовый эфир, что сопровождалось резким увеличением генерации супероксидов при ПЭ до максимальных значений, что отражает развитие «дыхательного взрыва». При изучении особенностей оксидативного стресса у пациенток после родоразрешения (на 5 сутки после операции) отмечено выраженное, достоверное уменьшение скорости и амплитуды ответов на стандартные стимуляторы при физиологическом течении послеоперационного периода.

Заключение

Полученные результаты подтверждают значимость оксидативного стресса в формировании преэклампсии. Определение маркеров системного воспаления и уровня радикалов кислорода в процессе дыхательного взрыва в крови беременных, при исключении других возможных причин активации нейтрофилов, позволяют выявлять пациенток, угрожаемых по развитию преэклампсии до появления клинической симптоматики, и своевременно предупреждать ее неблагоприятные последствия.

ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ

Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., ВострокнUTOва А.Ю., Сайфутдинова А.Р.

ГАУЗ ООКБ №2, Областной перинатальный центр.
г. Оренбург

В начало

Содержание

Список авторов

Актуальность

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) занимают доминирующее место среди патологий эндокринной системы женщины. Гормоны щитовидной железы оказывают разнообразное влияние на обмен веществ, рост, развитие, интеллект, репродуктивную систему, влияют на нормальное течение беременности и родов.

Цель

Анализ исходов родов у пациенток с патологией щитовидной железы.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ историй родов 592 женщин, родоразрешенных на базе Областного перинатального центра ГАУЗ ООКБ № 2 в 2019 году.

Результаты

Изменение функционирования ЩЖ у женщины происходит уже с первых недель беременности под воздействием разных факторов, большинство из которых прямо или косвенно стимулируют ЩЖ женщины. Преимущественно это происходит в 1-й половине беременности, т.е. в период, когда у плода еще не функционирует своя ЩЖ, а весь эмбриогенез обеспечивается тиреоидными гормонами матери. За 2019 год родоразрешены 592 пациентки с патологией ЩЖ (10,9% от общего числа 5428 родов). Лидирующее место среди заболеваний ЩЖ занимал гипотиреоз, что составило 80,9%. Диффузный токсический зоб (ДТЗ) встречался у 2,2% пациенток, гиперплазия щитовидной железы – у 4,1%. С тиреотоксикозом родоразрешены – 1,8% женщин, с аутоиммунным тиреоидитом – 8,8% пациенток, с нетоксическим зобом – 0,3%, а с узловым зобом – 1,9%. В возрасте до 20 лет родоразрешены 1,4% (8), в возрасте 20-29 лет – 39,2% (232), в возрасте 30-39 – 52% (308), старше 40 лет – 7,4% (44). Таким образом, преобладали пациентки среднего репродуктивного возраста. Первые роды предстояли 49,2% беременным, повторные роды – 50,8%. Беременность после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) была у 13,7% пациенток. В 23,5% случаев заболевания щитовидной железы сочетались с гестационным сахарным диабетом. В 3% случаев беременность осложнилась фетоплацентарной недостаточностью. Частота встречаемости преждевременных родов составила 9,6% случаев. Преждевременное излитие вод произошло у 34,6% беременных. Аномалии родовой деятельности составили 12,7% случаев. Роды через естественные родовые пути проведены у 57,9% пациенток, при чем в 3,2% применялись оперативные вагинальные роды. Операцией кесарева сечения (КС) родоразрешены 38,9% пациенток. При оценке новорожденных по шкале Апгар в 77,5% родов показатель составил более 7 баллов.

Заключение

Любые расстройства функции щитовидной железы могут вызвать нарушения в работе репродуктивной системы женщины, а также несут риск развития патологических изменений со стороны плода. Частота патологического течения беременности у пациенток с патологией щитовидной железы выше, чем у здоровых. Однако, своевременное выявление нарушений функции щитовидной железы, адекватная медика-

ментозная коррекция во время беременности и в родах, благоприятствует положительному исходу для матери и новорожденного.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ПАТОЛОГИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

**Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Степанов С.Ю.,
Василевская Г.В.**

ГАУЗ ООКБ №2, Областной перинатальный центр
г. Оренбург

Актуальность

Печень испытывает во время беременности большую функциональную нагрузку как за счет избыточной продукции половых гормонов, так и за счет потребности в обезвреживании продуктов жизнедеятельности плода. Все это создает фон, предрасполагающий к развитию гестационной патологии гепатобилиарной системы, в частности, холестатического гепатоза беременных. Холестатический гепатоз беременных (ХГБ) – дистрофическое поражение печени, обусловленное повышенной чувствительностью гепатоцитов, функционально проявляющееся нарушениями обмена холестерина и желчных кислот в гепатоцитах, а вследствие этого расстройством процессов желчеобразования и оттока желчи по внутридольковым желчным протокам,

Цель

Оценить исходы беременностей, осложнившихся развитием ХГБ.

Материалы и методы

Проведен анализ случаев ХГБ, у пациенток родоразрешенных в Оренбургском областном перинатальном центре в 2019 г. Критерии включения в выборку: беременные женщины, имевшие патологию печени до беременности и беременные пациентки с ХГБ. Были оценены срок и способ родоразрешения, состояние новорожденного и частота развития послеродовых кровотечений.

Результаты

За указанный период было родоразрешено 148 беременных с патологией гепатобилиарной системы. ХГБ был диагностирован в 33,7% случаев (n=50). Возраст пациенток составил от 20 до 40 лет. У 91,5% пациенток выявлен отягощенный соматический анамнез. Прегестационная патология печени и поджелудочной железы в 25%. По срокам родоразрешения пациентки с ХГБ распределились следующим образом. Досрочно, в сроке гестации 22 до 37 недель, было родоразрешено 12 женщин из 50 (24%), 38 пациенток в сроке гестации 37 недель, 1 беременная – 41 неделя. Роды через естественные родовые пути проведены в 27 случаях, что составило 54,6%. При этом 1 пациентка (2,3%) родоразрешена путем проведения вакуум-экстракции плода. У 4

родильниц (9,2%) с диагностированным ХГБ ранний послеродовый период осложнился развитием послеродового кровотечения. 23 беременных (45,3%) родоразрешено операцией кесарево сечения (КС), среди них 17 по экстренным показаниям. Длительно протекающий гепатоз, резистентный к проводимой терапии, явился показанием к операции КС в 4-х случаях. У 4 пациенток показанием к КС явилась тяжелая преэклампсия. По 3 случая – дистресс плода, тазовое предлежание и монохориальная двойня. По 2 пациентки родоразрешено из-за отсутствия эффекта от подготовки к родам при переносенной беременности и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. В остальных случаях показанием для КС были рубец на матке после двух операций КС, ЭКО пятая попытка, ВИЧ инфекция и высокая вирусная нагрузка по 1 случаю. Исходы для новорожденных. Среди беременных с ХГБ зарегистрирован 1 случай с антенатальной гибели плода, что составило 1,8%. У 45 (84,9%) новорожденных оценка по шкале Апгар была 7 – 9 баллов, у 7 (13,2%) новорожденных 3 – 6 балла, что потребовало перевода их в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Заключение

Среди беременных с заболеваниями гепато-билиарной системы чаще встречается развитие ХГБ. У пациенток с ХГБ выше риск преждевременного родоразрешения. Частота оперативного родоразрешения среди беременных с ХГБ в 2,5% раза выше, чем у здоровых беременных. Частота послеродовых кровотечений выше средней в популяции. У беременных с ХГБ значительно более высокие риски рождения детей в асфиксии, а также выше риск антенатальной гибели плода.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ВЫСОКОГОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Таджибоева Н.А., Ящук А.Г., Фаткуллина И.Б., Галеева С.А.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет
г. Уфа

Актуальность

Согласно последним данным ВОЗ к концу XX столетия >140 млн населения земного шара проживают в условиях высокогорья постоянно и подвергаются действию таких неблагоприятных факторов, как острая гипоксия, гипобария, различие параметров влажности и температуры воздуха, интенсивное солнечное излучение, ионизация воздуха, ландшафтные и рельефные особенности, низкое парци-

альное давление кислорода и микроэлементозы. По материалам отечественных и зарубежных исследователей эти факторы снижают резервы организма, которые и так многократно задействованы для сохранения беременности и неблагоприятно влияют на ее течение и развитие плода.

Цель

Оценить особенности течения беременности и родов у женщин, постоянно проживающих в высокогорных районах.

Материалы и методы

Для формирования обзора проведен контент-анализ современной научной литературы и исследований, которые представлены в электронных базах научной литературы PubMed, MedLine, eLIBRARY за последние 5 лет.

Результаты

Для высокогорья, как региона с экстремальными условиями среды обитания, определяющим фактором является уменьшение парциального давления кислорода, которая в свою очередь приводит к гипоксемии.

Гипоксия беременных в условиях высокогорья резко усиливается экзогенной – гипобарической, и как тотальная органная патология, приводит к функциональным и морфологическим изменениям всех органов и систем, в том числе и в системе «мать–плацента–плод». Беременные и роженицы горных районов значительно чаще имеют в анамнезе инфекционные заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, дыхательной и мочевыделительной систем. Эндокринная патология проявляется в основном заболеваниями щитовидной железы. В акушерском анамнезе у горянок преобладают явления гестоза, угроза прерывания беременности, преждевременные роды с потерей плода и новорожденного, акушерские кровотечения и гестационная анемия (тяжелые формы выявляются в 3 раза чаще). Имеющиеся данные подтверждают высокий риск нарушения развития плода в виде угрожающей внутриутробной гипоксии и более частого их рождения в состоянии гипоксии и как следствие приводящих к наибольшим перинатальным потерям. Преимущественно частой причиной перинатальных потерь в высокогорье является гестационная анемия у первородящих женщин. У беременных высокогорья в сочетании с анемией в три раза чаще рождаются дети с гипотрофией, и достоверно чаще состояние новорожденных при рождении по шкале Апгар оценивается ниже 5-6 баллов. Установлено, что у женщин высокогорья в 1,3 раза чаще происходят преждевременные роды с потерей недоношенных плодов и новорожденных.

Вследствие низкого парциального давления кислорода и сочетанного влияния гемической и экзогенной гипоксии отмечаются более выраженные морфофункциональные патологические изменения в плаценте, такие как ангиоматоз, кровоизлияния в межворсинчатое пространство, образование гематом и деструктивные изменения.

Беременность, осложненная развитием одной из форм гипертензивных расстройств в высокогорье, отличается высоким уровнем фертильности, часто встречающейся анемией, затяжными и дискоординированными родами, снижением



сердечного выброса и маточного кровотока, увеличением сопротивления легочных сосудов; нарушается адаптация к беременности и к условиям среды обитания.

Исследования, проведенные зарубежными авторами, выявили высокий риск проявления преэклампсии в регионах с низкой температурой воздуха и низкой относительной влажностью, которые так же характерны для климата высокогорья.

Заключение

Полученные результаты достоверно подтверждают, что длительное проживание в высокогорных районах не является преградой для наступления и успешного вынашивания беременности. Однако, учитывая значительный риск развития акушерских кровотечений, гипертензивных расстройств и перинатальных осложнений у горянок, необходимо бдительное наблюдение за течением беременности и требует особо бережного родоразрешения.

ВЛИЯНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ НА ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА

Талалаенко Ю.А., Егорова М.А., Талалаенко Л.Р.

Донецкий национальный медицинский университет
г. Донецк

Актуальность

Изменения физико-химических свойств как материнской, так и плодовой крови при пиелонефрите могут иметь значение в формировании фетоплацентарной недостаточности (ФПН) при этой патологии.

Цель

Изучение физико-химических свойств крови беременных, страдающих пиелонефритом, а также их новорожденных.

Материалы и методы

Было обследовано 158 беременных с пиелонефритом (основная группа). Контрольными данными служили результаты обследования 68 здоровых беременных. 44 пробы крови были взяты у новорожденных от матерей с пиелонефритом (основная группа новорожденных), а 34 пробы крови – у новорожденных от здоровых матерей (группа контроля). Физико-химические параметры сыворотки крови были исследованы с помощью метода динамического поверхностного натяжения (ПН) и анализа формы аксисимметричных капель с помощью компьютерного тензиометра МПТ-2 (Германия) и аппарата ADSA (Axisymmetric Drop Shape Analysis) (Канада). Результаты исследования сыворотки крови представлялись в виде тензиограмм – кривых зависимости ПН от времени, на которых компьютер определял точки, соответствующие $t =$



0,01 с (ПН1), $t=1$ с (ПН2), $t=100$ с (ПН3), угол наклона кривых тензиограмм (УНК). Оценивались реологические свойства сыворотки крови – модуль вязкоэластичности (ВЭ), время релаксации (ВР) и фазовый угол (ФУ). Статистическая обработка полученных результатов исследований проведена на персональном компьютере с помощью компьютерной лицензионной программы «MedStat».

Результаты

Проведенными исследованиями установлено, что у беременных с пиелонефритом не изменяются показатели ПН1 и ПН2 сыворотки крови ($p>0,05$), на фоне снижения уровней ПН3 и повышения ПН4 по сравнению со здоровыми беременными женщинами ($p<0,001$). УНК сыворотки крови остается без изменений, в отличие от ФУ, где наблюдается его снижение почти в 1,3 раза.

Реологические свойства сыворотки крови претерпевают существенные изменения. Обнаруженное нами увеличение модуля ВЭ до $27,84 \pm 0,66$ мН/м и ВР капли крови до $105,3 \pm 2,66$ мН/м, с у беременных с пиелонефритом свидетельствует об ухудшении реологических параметров крови беременной, что может иметь значение в патогенезе развития гипоксии и гипотрофии плода при этом патологическом процессе. Это имеет особое значение в развитии внутриутробного страдания плода при этой патологии.

Нами не было обнаружено статистически значимых отличий в показателях ПН1 у новорожденных основной группы по сравнению с группой контроля новорожденных. Значения ПН2 у новорожденных основной группы оказались достоверно снижены по сравнению с группой новорожденных от здоровых матерей ($p<0,01$). Показатели ПН3 и ПН4 не имели статистических отличий в сравниваемых группах новорожденных. Что касается УНК, то здесь наблюдается значительное снижение параметров в группе новорожденных, матери которых перенесли пиелонефрит по сравнению с контролем ($p<0,01$). ФУ существенно не отличается в сравниваемых группах новорожденных. ВЭ достоверно не изменяется в сравниваемых группах новорожденных. Особого интереса заслуживает выявленный факт увеличения ВР капли сыворотки крови у плодов, матери которых перенесли пиелонефрит в процессе гестации ($p<0,01$). Биофизическое состояние крови новорожденных отражает не только процессы тканевого обмена, но и такие свойства, как текучесть и вязкость крови, что имеет первостепенное значение для осуществления основных функций плаценты и обеспечения развития внутриутробного плода. Инфекционный процесс, затрагивающий почки беременной приводит к изменению концентраций самых различных сурфактантов и опосредованно, через фетоплацентарный комплекс меняет их в организме плода.

Заключение

При пиелонефрите происходят значительные изменения физико-химического состояния крови матери и плода. На фоне изменений ПН3 и ПН4, ФУ наблюдается ухудшение реологических параметров крови матери – увеличение модуля ВЭ и ВР. В крови плода также наблюдается изменение ПН2 и ПН4 на фоне увеличения ВР. Такое изменение физико-химических свойств крови фетоплацентарного комплекса



является патогенетическим звеном развития ФПН, что приводит к внутриутробному страданию плода.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Талалаенко Ю.А., Егорова М.А., Талалаенко Л.Р.

Донецкий национальный медицинский университет
г. Донецк

Актуальность

Актуальность проблемы пиелонефрита у беременных обусловлена тем, что, распространенность его высокая и риски формирования перинатальной патологии у этих женщин весьма значительны.

Цель

Изучить клинико-анамнестические особенности беременных с пиелонефритом.

Материалы и методы

Углубленное исследование анамнеза жизни, течения беременности было проведено у 245 беременных с острым пиелонефритом (основная группа) и 288 беременных без соматической и акушерской патологии (группа контроля). Статистическая обработка данных была проведена в пакете лицензионной программы «Медстат». Рассчитывался удельный вес признака, а также различие доли и доверительный интервал (ДИ) методом углового преобразования Фишера.

Результаты

Среди пациенток с пиелонефритом, наблюдалось увеличение доли лиц, которые занимаются физическим трудом – 37,1% (ДИ 31,2-43,3%) и снижение тех, кто занимается умственной деятельностью – 12,2% (ДИ 8,4-16,6%). В группе беременных с пиелонефритом женщины на 12,9% (ДИ 2,1-21,5%) реже регистрировали брак, а первородящие в этой группе встречались на 22,3% (ДИ 10,0 -35,1%) чаще, чем в группе здоровых беременных. До наступления беременности барьерные методы контрацепции использовали на 35,6% (ДИ 30,2-41,3%) реже.

Характеризуя общий анамнез обследованных пациенток, следует отметить, что частые ОРВИ до наступления беременности женщины с пиелонефритом переносили на 38,8% (ДИ 25,6-48,7%) чаще, чем беременные группы контроля. На 27,8% (ДИ 17,4-36,1%) чаще беременные основной группы имели патологию желудочно-кишечного тракта, а ЛОР патологию и патологию полости рта – на 12,6% (ДИ 1,0-21,9%) и 7,9% (ДИ 1,6-13,3%) соответственно.

Воспалительные процессы как нижнего, так и верхнего отдела гениталий, перенесли до наступления беременности на 36,5% (ДИ 22,8-47,6%) и 18,5% (ДИ 8,1-26,7%)



соответственно больше беременных с пиелонефритом, чем в группе контроля. Токсикоз первой половины беременности регистрировался на 29,3% (ДИ 5,6%-40,6%) чаще у беременных основной группы. Симптомы угрозы прерывания беременности также возникали на 32,7% (ДИ 19,8-42,9%) чаще в этой группе пациенток. Отличие доли по уровню гипертензии при беременности и протеинурии составляет соответственно 19,7% (ДИ 11,4-26,8%) и 28,9 (ДИ 19,9-36,6%) в сравнении с группой здоровых беременных. У 2/3 пациенток с пиелонефритом при беременности возникла анемия, которая превысила удельный вес анемий у здоровых беременных на 59,8% (ДИ 48,0-67,9%). Другие инфекционно-септические процессы при беременности были зарегистрированы у половины пациенток с пиелонефритом. По этому признаку также есть существенное отличие доли от группы контроля на 52,6% (ДИ 43,1-60,4%) (везде $P < 0,05$).

Заключение

Среди беременных с пиелонефритом больше первородящих и женщин, которые живут в незарегистрированном браке. Они реже пользовались барьерными методами контрацепции. Для анамнеза этих беременных характерна более частая патология полости рта, желудочно-кишечного тракта и ЛОР органов, ОРВИ, а также воспалительные процессы нижнего и верхнего отдела гениталий. Для гестационного процесса при пиелонефрите характерно присоединение токсикоза первой половины и угрозы прерывания беременности, гипертензивных нарушений, протеинурии, анемии и инфекционно-септических процессов.

НАРУЖНЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА НА ГОЛОВКУ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ. ОПЫТ ГБУ РО «ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

Уманский М.Н., Баранов А.П., Гугуева А.В., Хвалица Т.В.

ГБУ Ростовский Областной «Перинатальный Центр»
г. Ростов-на-Дону

Актуальность

Кесарево сечение – самая часто выполняемая операция в мире. Тазовое предлежание плода встречается в 3-4% случаев доношенных беременностей и в большинстве является показанием для оперативного родоразрешения. Наружный акушерский поворот – манипуляция, обеспечивающая возможность достижения головного предлежания плода, которая позволяет избежать кесарева сечения и связанных



с ним осложнений. Частота успешных попыток наружной ротации варьирует от 17% до 86%.

Цель

Оценить эффективность наружного акушерского поворота плода на головку при его тазовом предлежании в ГБУ РО ПЦ.

Материалы и методы

На базе ГБУ РО ПЦ проведен ретроспективный анализ 28 случаев попыток наружного акушерского поворота плода за 2020 год, при исходном его тазовом предлежании, после исключения противопоказаний согласно действующему клиническому протоколу.

Результаты

Сформировали 2 группы. В 1 вошли случаи удачного поворота плода ($n=16$, 57,1%), во 2 – случаи неудачной попытки ($n=12$, 42,9%). Группы сопоставимы по возрасту (в 1-й группе – 30,5 [26,5-34,0] лет, во 2-й группе – 28,0 [28,0-31,5] лет); индексу массы тела: 1-й группа – 24,5 [21,6-25,0] кг/м², во 2-й группе – 20,5 [18,3-24,0] кг/м²; паритету: первородящими в 1-й группе оказались 56,3% случаев, повторнородящими – 43,75%; во 2-й группе – первородящие составили 58,3% случаев, повторнородящие – 41,7%; сроку беременности на момент выполнения поворота: медиана срока беременности у пациенток с удачной попыткой (1 группа) – 37,5 [37,2-38,0] недель, во 2 группе – 37,2 [37,1-37,4] недель; предполагаемой массе плода по результатам ультразвукового исследования (УЗИ): в 1 группе составила 3000,0 [2800,0-3200,0] грамм; во 2 группе – 3000 [3000,0-3200,0] грамм ($p>0,05$). Индекс амниотической жидкости (ИАЖ) на момент проведения акушерского поворота плода в 1 группе с удачной попыткой поворота плода на головку составил 13 [11,45-15,0] см., по сравнению с ИАЖ – 10 [9,5-11,0] см у пациенток 2-й группы (неудачный поворот) $p=0,03$. При анализе акушерско-гинекологического анамнеза было выявлено, что в группе пациенток с неудачной попыткой наружного поворота в 54,5% случаев отмечались операции на органах малого таза (тубэктомия, операция по поводу кист яичников), в тоже время у пациенток с удачным поворотом у 6,25% ($p=0,035$). Можно предположить, что перенесенные операции в анамнезе на репродуктивных органах могут иметь связь с неудачной попыткой наружного поворота плода на головку в связи с развитием спаечного процесса в брюшной полости. В 1-й группе женщин развилась спонтанная родовая деятельность у 32,2% случаев, которая закончилась самопроизвольными родами в головном предлежании через естественные родовые пути. Преиндукция родов потребовалась 50% беременным ввиду незрелых родовых путей. Средний срок гестации на момент родоразрешения у пациенток 1-й группы – 40,2 [39,6-40,5] недель. Все дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Медиана массы тела составила 3390,0 [3147,0-3600,0] грамм. Пациентки из группы с неудачным поворотом были родоразрешены путем операции кесарева сечения в плановом порядке. Средний срок гестации на момент родоразрешения составил 39,5 [39,2-40,1] недель. Масса новорожденных составила 3250,0 [3200,0-3975,0] грамм с оценкой по шкале Апгар 9-9



баллов. В 3 случаях (18,7%), несмотря на первоначальный успех от проведенного наружного акушерского поворота возникла отслойка нормально расположенной плаценты, пациентки экстренно были доставлены в операционную и родоразрешены посредством кесарева сечения без технических трудностей с удовлетворительным состоянием новорожденного.

Заключение

Наружный акушерский поворот плода является эффективной мерой снижения частоты кесарева сечения. Взвешенный подход к выбору кандидатов для проведения наружного акушерского поворота в соответствии с действующими клиническими рекомендациями в ГБУ РО ПЦ позволил добиться 57,1% случаев ($n=16$) успешных поворотов плода на головку. Необходимо совершенствовать мануальные навыки и технику выполнения, искать новые предикторы, позволяющие увеличивать частоту успешных попыток наружного поворота плода с последующим родоразрешением через естественные родовые пути.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АССОЦИИИ У ПАЦИЕНТОК С МАЛОВОДИЕМ ПРИ ДОСРОЧНОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Чистякова О.М., Радьков О.В., Блинова Н.И., Гуреева Л.В.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Тверь

Актуальность

Маловодие при досрочном преждевременном разрыве плодных оболочек (ПРПО) ассоциировано с повышением частоты неблагоприятных перинатальных исходов, однако механизм их реализации остается неясным, а клинико-лабораторные ассоциации недостаточно изученными.

Цель

Изучить клинико-лабораторные ассоциации при досрочном ПРПО у пациенток с маловодием.

Материалы и методы

Сформирована выборка из 160 пациенток с ПРПО в сроке гестации 24+0-33+6 недель с одноплодной беременностью, у которых проводилась выжидательная тактика. Сформировано 2 группы в зависимости от индекса амниотической жидкости (ИАЖ). В основную группу вошло 50 пациенток с признаками маловодия (ИАЖ < 5 см), в контрольную группу 110 пациенток без признаков маловодия (ИАЖ ≥ 5 см). Пациенткам при поступлении проведено бактериологическое исследование отделяемого цервикального канала, исследование крови с оценкой параметров лейкограммы

с расчетом нейтрофил-лимфоцитарного соотношения (НЛС), уровня С-реактивного белка, ферритина и прокальцитонина плазмы.

Результаты

В образцах крови основной группы количество лейкоцитов было значимо выше, чем в контрольной группе (14,90 (8,88; 21,22) против 11,22 (9,00; 16,78) 10⁹/л; $p < 0,001$), как и количество нейтрофилов (14,21 (8,02; 17,02) против 9,22 (8,00; 15,21) 10⁹/л; $p = 0,030$) и показатель НЛС (7,21 (6,05; 16,32) против 6,35 (5,07; 13,41); $p = 0,025$), а количество лимфоцитов значимо ниже (1,61 (0,95; 1,82) против 2,35 (1,47; 3,41) 10⁹/л; $p = 0,046$), чем в контрольной группе. Уровень С-реактивного белка и ферритина у пациенток с маловодием был значимо выше (7,98 (5,01; 17,34) против 6,02 (4,20; 14,20) мг/л; $p = 0,002$) и (24,2 (21,75; 38,95) против 18,0 (17,0; 23,05) мкг/л; $p = 0,022$), чем у пациенток без маловодия. Уровень прокальцитонина в группах значимо не различался (0,034 (0,002; 0,390) против 0,032 (0,001; 0,250) нг/мл; $p = 0,232$). В основной группе по данным бактериологического исследования отделяемого цервикального канала установлено значимо более частое выявление роста условно патогенной флоры, в частности *Candida albicans* (16 (32,0%) против 11 (10,0%); $p < 0,001$), *Corynebacterium striatum* (6 (12,0%) против 2 (1,8%); $p = 0,007$), *Staphylococcus epidermidis* (4 (8,0%) против 1 (0,9%); $p = 0,030$) ассоциация *Candida albicans* и *Staphylococcus epidermidis* (13 (26,0%) против 8 (7,2%); $p = 0,002$), чем в контрольной группе. Образцы содержимого цервикального канала основной группы характеризовались значимо более низкой частотой выявления лактобактерий (5 (10,0%) против 30 (27,2%); $p = 0,015$) и отсутствия роста условно патогенной флоры (6 (12,0%) против 56 (50,9%); $p < 0,001$) в сравнении с контрольной группой. У новорожденных основной группы отмечена более низкая оценка по шкале Апгар на 5 минуте (6,0 (4,3; 7,0) против 7 (6,2; 8,0) баллов; $p < 0,001$), значимо более высокая частота респираторного дистресс-синдрома (45 (90,0%) против 80 (72,7%); $p = 0,015$), врожденной пневмонии (29 (58,0%) против 26 (23,6%); $p < 0,001$), некротизирующего энтероколита (4 (8,0%) против 1 (0,9%); $p = 0,017$) и необходимости лечения в отделении интенсивной терапии (43 (86,0%) против 76 (69,1%); $p = 0,024$), чем в контрольной группе.

Заключение

Маловодие при досрочном ПРПО ассоциируется с повышением маркеров интраамниального воспалительного синдрома, состоянием дисбиоза в биотопах образцов содержимого цервикального канала и увеличением частоты неблагоприятных перинатальных исходов.

НЕПОЛНОЦЕННЫЙ РУБЕЦ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ



Шатунова Е.П., Костина Е.А.

ГБУЗ СО «СГКБ №2 имени Н.А. Семашко»
г. Самара

Актуальность

Одной из особенностей современного акушерства является значительный рост частоты абдоминального родоразрешения. В России частота кесарева сечения в среднем составляет 15-16%, достигая 30-40% в перинатальных центрах, и не имеет тенденции к снижению. По мнению ряда исследователей, рост частоты данной операции более 16% существенно не повлиял на перинатальные показатели, но вместе с тем увеличил материнскую заболеваемость и смертность. Увеличение частоты абдоминального родоразрешения, а также проведение органосохраняющих операций на матке в свою очередь создает новую проблему – ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что беременность у женщин с оперированной маткой сопряжена с высоким риском осложнений как со стороны матери, так и плода. Принимая во внимание вышеуказанное, а также высокую частоту осложнений в период гестации при наличии рубца на матке, перспективным представляется изучение критериев полноценности рубца на матке.

Цель

Изучить особенности течения и тактику ведения беременности и родов у женщин с неполноценным рубцом на матке.

Материалы и методы

Обследовано 95 пациенток, перенесших в прошлом кесарево сечение. В зависимости от характера послеоперационного рубца на матке все пациентки разделены на две группы. Основную группу (I) составили беременные, у которых, по данным УЗИ-признакам, рубец на матке был признан неполноценным, в нее вошло 50 беременных. В контрольную группу (II) включено 45 женщин с полноценным рубцом на матке. Возраст обследованных беременных колебался от 27 до 45 лет и в среднем составил для пациенток основной группы $35,3 \pm 4,3$, контрольной – $29,1 \pm 2,4$ лет, т. е. по возрастному составу пациентки обеих групп были сопоставимы.

При выполнении работы проводили общеклиническое обследование, которое включало сбор общего и акушерского анамнеза. У беременных определяли положение, предлежание и предполагаемые размеры плода, зрелость родовых путей, оценку размеров таза и клинические признаки состоятельности рубца на матке при доношенном сроке беременности. Особое внимание уделялось изучению рубца на матке, учитывали жалобы женщины при пальпации, оценивали состояние послеоперационного рубца на передней брюшной стенке: его размеры, плотность, подвижность тканей, наличие участков деформации. Клиническая оценка состояния рубца проводилась параллельно с ультразвуковым исследованием.

Результаты

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза выявлено, что общее количество беременностей в обеих группах обследуемых было от 2 до 10 и в среднем составило для пациенток основной группы $4,2 \pm 2,9$, контрольной – $3,0 \pm 1,15$ ($p > 0,10$). Две беременности имели 10 пациенток (38,4%), три и четыре беременности – по 6 женщин (23,1%) соответственно, пять и более беременностей – 4 женщины (15,3%) обследуемых обеих групп. У 65% женщин II группы, а также 66,7% пациенток контрольной группы выявлены хронические соматические заболевания. Наряду с этим, отмечалась высокая частота миопии разной степени у пациенток исследуемых групп, в контрольной группе эта патология встречалась больше чем в половине случаев. Также исследован интервал между предшествующим КС и настоящей беременностью. У 45% пациенток в первой группе интервал между операциями составил 1–2 года, в группе контроля на этот интервал пришлось 16,7 % женщин, что достоверно чаще ($p < 0,05$), однако у 38,4% исследуемых пациенток с рубцом на матке интервал между предшествующим КС и настоящей беременностью составлял более 5 лет. Одним из наиболее частых осложнений беременности у женщин с КС в анамнезе являлась угроза прерывания беременности, которая отмечалась в 3 раза чаще, чем в контрольной группе. Показаниями к первому кесареву сечению в 23,1% случаев послужили аномалии родовой деятельности, в 11,5% случаев преждевременное излитие околоплодных вод, в 7,6% случаев – отслойка плаценты и клинически узкий таз соответственно.

Заключение

Таким образом, тактика ведения и диагностика несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения сложна и должна включать выполнение гистероскопии с гидрогистеросонографией, контрольное УЗИ через 3 и 6 месяцев после реконструкции позволяет адекватно оценить результат оперативного лечения. У группы пациенток с наличием в анамнезе двух и более кесаревых сечений и грубыми дефектами в зоне операционных рубцов целесообразно применение лапаротомного доступа.

Тематика:

Гинекология

ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ



Ващилина Т.П.

РНПЦ «Мать и дитя»
г. Минск

Актуальность

Распространенность ожирения и избыточного веса стала эпидемией во всем мире. Ожирение и избыточный вес включают аномальное и избыточное накопление жира, которое отрицательно влияет на здоровье тела. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) более 1,9 миллиарда взрослых людей в возрасте старше 18 лет имеют избыточный вес, из них 600 миллионов страдают от ожирения. За последние 30 лет распространенность ожирения увеличилась более чем в 2 раза. Ожирение, которое является важной проблемой для здоровья, является общей проблемой среди женщин репродуктивного возраста.

В среднем по популяции в Беларуси избыточный вес имеют 60% людей, а ожирение – у 25,4%. Наиболее часто избыточный вес и ожирение встречается в возрастной группе от 35 до 55 лет. У женщин данной возрастной категории избыток веса регистрируется у 75%, а ожирение – примерно у 50%.

Ожирение выявляет множество проблем, таких как социальные, психологические, демографические и проблемы со здоровьем. Ожирение играет важную роль в репродуктивных нарушениях, особенно у женщин. Это связано с ановуляцией, менструальными расстройствами, бесплодием, трудностями в лечении бесплодия, выкидышем и неблагоприятными результатами беременности.

Увеличение массы жировой ткани приводит к усилению превращения андрогенов в эстрогены. Кроме этого, инсулинорезистентность, возникающая при ожирении, также увеличивает чувствительность яичников к гонадотропной стимуляции и одновременно тормозит ароматизацию андрогенов в эстрогены. Лептин усиливает секрецию гонадотропин релизинг гормонов гипоталамусом и лютеонизирующего гормона гипофизом. Кроме центрального действия, лептин оказывает также непосредственное влияние на яичники. Избыток лептина у женщин с ожирением может способствовать нарушению созревания доминантного фолликула и сам процесс овуляции, тормозить продукцию эстриола и прогестерона гранулезными клетками яичников.

Цель

Изучить показатели метаболизма у женщин с бесплодием на фоне ожирения по результатам показателей гормонального, липидного и углеводного обменов.

Материалы и методы

Были изучены показатели метаболизма у 35 женщин с бесплодием, обусловленным ожирением и у 30 фертильных женщин с нормальным ИМТ по результатам показателей гормонального, липидного и углеводного обменов. Средний возраст женщин с ожирением составил 33 (31 – 36). Статистически значимыми принимали различия при $p < 0,05$.



Результаты

У пациенток с ожирением отмечались более низкие показатели адипонектина ($p < 0,05$) и более высокие показатели лептина ($p = 0,001$), значительное снижение уровня витамина Д в сыворотке крови по сравнению с пациентками с нормальным ИМТ. Дислипидемия у женщин основной группы характеризовалась повышением факторов атерогенности: триглицеридов, холестерина, липопротеинов низкой плотности ($p < 0,05$). В группе женщин с ожирением было выявлено статистически значимые увеличение показателей инсулина ($p < 0,05$) и гликированного гемоглобина ($p < 0,05$). При исследовании уровня гормонов у женщин с ожирением были выявлены статистически значимые различия по сравнению с уровнем гормонов у женщин группы сравнения: увеличение уровня кортизола, общего тестостерона в 2 раза, снижение антимюллеровского гормона в 2 раза, снижение уровня прогестерона, что коррелирует со снижением антимюллеровского гормона.

Заключение

Женщин с бесплодием на фоне ожирения относятся к позднему репродуктивному возрасту. У данной группы женщин было диагностировано нарушение метаболизма гормонального (снижение уровней антимюллеровского гормона и прогестерона, повышение общего тестостерона), углеводного (патологическое повышение

инсулина и гликированного гемоглобина) и жирового (повышение триглицеридов, холестерина, липопротеинов низкой плотности) обменов, что влияет на репродуктивную функцию, приводя к бесплодию.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ, У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Джеломанова О.А.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
г. Донецк

Актуальность

Хроническая тазовая боль является одной из наиболее частых причин обращения женщин к врачу акушеру-гинекологу. Синдром хронической тазовой боли в 73% случаев рассматривают как симптом урогенитальных заболеваний, причем в 32% из них с инфекциями, передаваемыми половым путем. Следствием инфекций может быть воспалительный и спаечный процесс в области органов малого таза, что приводит к развитию синдрома хронической тазовой боли и нарушению репродуктивной функции. Своевременная диагностика инфекций, передаваемых половым путем, имеет важное значение при обследовании женщин с хронической тазовой болью.

Цель

Определить частоту встречаемости инфекций, передаваемых половым путем, у пациенток с синдромом хронической тазовой боли.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 110 пациенток репродуктивного возраста с синдромом хронической тазовой боли. Диагностика инфекций, передаваемых половым путем, проведена методом полимеразной цепной реакции.

Для частоты рассчитывали 95% й доверительный интервал (95% ДИ) по методу Уилсона.

Результаты

При изучении анамнеза пациенток с синдромом хронической тазовой боли было выяснено, что 79 (71,8%; 95% ДИ 62,8-79,4%) пациенток ранее уже имели урогенитальные инфекции, в связи с чем получали соответствующее лечение.

При исследовании было установлено, что инфекции, передаваемые половым путем, были диагностированы у 36 (32,7%; 95% ДИ 24,7-41,9%) обследованных женщин.



Наиболее часто выявлялись бактериальные инфекции, в том числе хламидиоз — у 12 (10,9%; 95% ДИ 6,4-18,1%) пациенток, микоплазмоз — у 16 (14,5%; 95% ДИ 9,2-22,3%) и уреаплазмоз — у 8 (7,3%; 95% ДИ 3,7-13,7%). Случаев гонореи в данном исследовании у женщин с синдромом хронической тазовой боли выявлено не было.

Из вирусных инфекций имели место случаи генитального герпеса — 3 (2,7%; 95% ДИ 0,9-7,7%) и вируса папилломы человека — 4 (3,6%; 95% ДИ 1,4-9,0%).

Трихомониаз был выявлен у 7 (6,4%; 95% ДИ 3,1-12,6%) женщин.

Полученные результаты указывали на то, что у 14 (12,7%; 95% ДИ 7,7-20,2%) женщин с синдромом хронической тазовой боли выявлялась микст-инфекция, в том числе имело место сочетание трихомонадной инфекции и хламидиоза — 5 (4,5%; 95% ДИ 2,0-10,2%) случаев, хламидиоза и микоплазмоза — 4 (3,6%; 95% ДИ 1,4-9,0%), хламидиоза и уреаплазмоза — 3 (2,7%; 95% ДИ 0,9-7,7%) и трихомонадно-микоплазменная инфекция — 2 (1,8%; 95% ДИ 0,5-6,4%).

Все пациентки с выявленной инфекцией совместно с половым партнером получали этиотропное лечение с обязательным контрольным исследованием.

Заключение

Установлено, что 32,7% (95% ДИ 24,7-41,9%) женщин с синдромом хронической тазовой боли имеют инфекции, передаваемые половым путем, в 12,7% (95% ДИ 7,7-20,2%) выявляется микст-инфекция. В комплексную оценку обследования женщин с синдромом хронической тазовой боли необходимо включать диагностические мероприятия, направленные на выявление инфекций, передаваемых половым путем. В случае их выявления проводится этиотропное лечение с обязательным контрольным исследованием.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ СЕТЧАТЫМИ ИМПЛАНТАТАМИ С ПОМОЩЬЮ ТРАНСПЕРИНЕАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**Евсеев А.А., Краснова И.А., Аксёнова В.Б., Пивоварова О.Ю., Суркова Э.С.,
Шишкина Т.Ю.**

ФГБОУ РНИМУ им. Н.И. Пирогова
г. Москва



В начало

Содержание

Список авторов

Актуальность

Распространенность пролапса тазовых органов (ПТО) по данным разных авторов, составляет от 30 до 93%. Основным методом лечения ПТО является оперативный. К сожалению, рецидив заболевания встречается более, чем у половины больных после пластики собственными тканями. Значимость трансперинеального исследования в оценке эффективности коррекции ПТО сетчатыми имплантатами не является общепризнанной.

Цель

Определение места ультразвукового исследования в оценке лечения пролапса тазовых органов с использованием сетчатых имплантатов.

Материалы и методы

Обследованы 64 пациентки с ПТО, средний возраст 64 года (от 37 до 73 лет). Контрольную группу составили 32 здоровые нерожавшие женщины без ПТО. Коррекция пролапса гениталий выполнена сетчатым имплантатом InGYNious у 17 пациенток и OPUR у 47 больных. Ультразвуковая оценка степени пролапса проводилась с измерением α - и β -углов по методике, предложенной М.А.Чечневой (2016).

Результаты

По данным трансперинеального исследования показатели углов α - и β у большинства обследованных достигли нормативных значений.

При 2 степени ПТО α -угол скорректировался с 40 до 20°, β -угол – с 42 до 99°. При 3 степени ПТО α -угол уменьшился с 36 до 21°, β -угол – с 24 до 115°. Через год стабильные результаты достигнуты у 100% пациенток при 2 степени ПТО, у 97% – при 3 степени. У 3% пациенток сформировалась 2 степень ПТО (выявлено увеличение β -угла на 10% и уменьшение α -угла на 5%). Ультразвуковой мониторинг способствовал эффективной диагностике и ведению послеоперационных гематом. Ограниченные гипоехогенные структуры в различных отделах сетчатого имплантата мы визуализировали у 33 пациенток. Непосредственно в проекции сетчатого имплантата они были выявлены у 3 пациенток после установки сетки OPUR и у 7 – после установки InGYNious, по ходу расположения рукавов сетки – у 5 пациенток после установки сетки OPUR, у 10 – после установки InGYNious, в области параметрия у 1 пациентки после установки сетки OPUR и у 4 – после установки InGYNious, в проекции шейки мочевого пузыря – у 3 пациенток после установки сетки InGYNious. Ни в одном наблюдении не потребовалось вскрытия гематом или выполнения повторного хирургического вмешательства. Все пациентки велись консервативно. Через 3 месяца при контрольном УЗИ лизис гематом подтвержден у всех пациенток.

Заключение

Ультразвуковой мониторинг позволяет оценить эффективность лечения ПТО с помощью сетчатых имплантатов в раннем и позднем послеоперационном периоде у пациенток с ПТО.



АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Елисеев Д.Э., Холодова Я.Г.

ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России
г. Москва

Актуальность

Мочеточниково-влагалищные свищи являются следствием нераспознанной травмы мочеточника преимущественно при гинекологических операциях. В связи с увеличением количества лапароскопических гистерэктомий с использованием различных хирургических энергий привело к тому, что коагуляционный некроз стал наиболее частой разновидностью травмы мочеточника.

Цель

Оптимизация миниинвазивного эндоурологического подхода в лечении поздно диагностированных повреждений мочеточников после лапароскопической гистерэктомии.

Материалы и методы

Проанализирован опыт лечения 11 пациенток с мочеточниково-влагалищными свищами в период с 2016 по 2019 год. Лечение начинали с выполнения ретроградной уретеропиелографии и уретероскопии с попыткой дренирования почки внутренним мочеточниковым стентом. Если удавалось провести стент проксимальнее зоны свища мочеточника, то дренирование продолжали в течение 2 месяцев. Если же ретроградное проведение внутреннего мочеточникового стента не удавалось, а у пациентки имелись признаки нарушения уродинамики верхних мочевых путей на стороне поражения, то выполняли перкутанную нефростомию. Через 2 месяца проводили оценку эффективности лечения. Пациенткам, которым была выполнена перкутанная нефростомия, выполняли антеградную пиелоуретерографию. Пациенткам, которым выполнялось стентирование мочеточника, выполняли удаление внутреннего стента и контрольное обследование. При персистенции мочеточниково-влагалищного свища или формировании стриктуры мочеточника выполнялся уретероцистоанастомоз без повторных попыток стентирования мочеточника. В такой ситуации заканчивали операцию стентированием мочеточника для дренирования почки до момента выполнения реконструкции мочеточника. В случае эффективности стентирования (заживление свища и отсутствие стриктуры мочеточника) на следующие сутки после удаления внутреннего мочеточникового стента выполняли экскреторную урографию и ультразвуковое исследование почек для оценки уродинамики в естественных условиях. При отсутствии признаков нарушения уродинамики пациенток выписывали из стационара с рекомендациями динамического наблюдения. В случае невозможности ретроградного стентирования почки и отсутствия уретерогидронефроза на стороне поражения пациенткам с функционирующим мочеточниково-влагалищным свищем выполнялась реконструктивная операция в объеме уретероцистоана-



стомоза или операции Боари спустя 2–3 месяца после рассасывания мочевого затёков, купирования воспаления.

Результаты

Попытка уретроскопии и ретроградного стентирования мочеоточника предпринята у 8 пациенток (73% от общего количества пациенток). У 5 пациенток (63,5%) удалось выполнить стентирование, у 3 (36,5%) – не удалось. Стентирование мочеоточника оказалось эффективно у 4 пациенток (50% от общего количества пациенток, которым выполнялась попытка стентирования, и 80% от количества пациенток, которым было выполнено стентирование). 7 пациенткам (64%) выполнена реконструкция тазового отдела мочеоточника. Открытым остаётся вопрос классификации мочеоточниково-влагалищных свищей для выбора дифференцированного подхода к лечению. С целью профилактики персистенции свища у пациенток с неполными мочеоточниково-влагалищными свищами, которым показана реконструкция нижней трети мочеоточника, также необходима трансвезикальная резекция мочеоточникового устья и интрамутального отдела поражённого мочеоточника.

Заключение

Алгоритм ведения пациенток с мочеоточниково-влагалищными свищами, включающий миниинвазивный эндоурологический подход, позволяет устранить свищ и восстановить уродинамику верхних мочевых путей у большинства пациенток. Но изменение этиологической структуры и клинической картины современной травмы мочеоточника и её последствий требуют оптимизации классификации мочеоточниково-влагалищных свищей для дифференцированного лечебного подхода и улучшения его результатов.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ С ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Зияева Э.Р., Рузиева Н.Х.

Андижанский Государственный медицинский институт
г. Андижан

Актуальность

Актуальность проблемы в последнее время приобретает особую значимость в связи с ростом частоты заболевания и влиянием воспалительных процессов на репродуктивную функцию женщин – развитие бесплодия у 82% женщин, наруше-



В начало

Содержание

Список авторов

ния менструально-овариального цикла у 90% больных и у 40% развивается хроническая тазовая боль.

Цель

Целью исследования является сравнительное изучение особенностей изменения показателей неспецифической реактивности больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом с тазовой болью в условиях андижанской области у женщин фертильного возраста.

Материалы и методы

Для выполнения поставленных задач проведено сравнительное изучение фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов (ФАН), фагоцитарного индекса (ФИ) и показателя завершенности фагоцитоза (ПЗФ) у больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом.

На базах репродуктивного центра и областного перинатального центра проведены исследования у 96 больных с хроническим сальпингоофоритом. В качестве метода лечения у больных основной группы применена комплексная физическая реабилитация с обезболиванием органов малого таза различными методами, а в группе больных для сравнения проведена комплексная физическая реабилитация больных сальпингоофоритом с применением традиционной консервативной терапии в сочетании с физическими методами лечения.

Результаты

Установлено, что (ФАН) находилась в прямой коррелятивной связи с состоянием больных. ФАН в определенной степени зависит от характера сенсibilизации. До лечения ФАН определился несколько ниже, чем в контрольной группе $70,41 \pm 0,43$, ФИ выше $7,84 \pm 0,03$ и ПЗФ был несколько подавлен и равнялся $0,61 \pm 0,02$ ед.

Исследования показали что, в основной группе больных, где применена комплексная физическая реабилитация с обезболиванием органов малого таза различными методами, благотворно влияет на показатели клеточного иммунитета у больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом с тазовой болью. Эти показатели значительно улучшились в статистически достоверных величинах: ФАН $89,2 \pm 0,26$ ($P < 0,001$), ФИ $9,5 \pm 0,08$ ($P < 0,001$), ПЗФ $0,78 \pm 0,03$ ($P < 0,001$), чем у больных контрольной группы – получивших лечение традиционную консервативную терапию в сочетании с физическими методами лечения.

ФАН определился $74,93 \pm 0,82$ ($P < 0,05$), ФИ $8,93 \pm 0,08$ ($P < 0,001$), ПЗФ $0,69 \pm 0,02$ ($P < 0,005$).

Заключение

Комплексная физическая реабилитация с обезболиванием органов малого таза различными методами благотворно влияет на показатели клеточного иммунитета у больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом с тазовой болью по сравнению с традиционными видами лечения.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОЙ КВАДРИПОЛЯРНОЙ РАДИОВОЛНЫ В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ У ЖЕНЩИН

Казакова С.Н., Тетерина Т.А., Аполихина И.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России; Москва
г. Москва

Актуальность

Основными причинами стрессового недержания мочи (СНМ) считаются вагинальные роды, естественный процесс старения, врожденная дисплазия соединительной ткани и хирургические вмешательства, приводящие к потере эластичности и несостоятельности мышц тазового дна. В результате женщины могут испытывать снижение чувствительности и СНМ – состояние непроизвольной потери мочи, связанное с деятельностью, вызывающей повышение внутрибрюшного давления (например, чихание, кашель и подъем тяжести). Как синдром вагинальной релаксации, так и недержание мочи существенно снижают все аспекты качества жизни пациенток. Безусловно, непосредственная стимуляция образования проколлагеновых волокон является перспективным методом лечения СНМ. В настоящее время все большую популярность в лечении СНМ имеют неинвазивные аппаратные методы, в частности технология воздействия динамической квадриполярной радиочастотой (ДКРЧ). Принцип метода основан на опосредованном нагревании слизистой влагалища и поверхностных слоев кожи и стимуляции фибробластов, что способствует синтезу компонентов межклеточного матрикса дермы.

Цель

Оценка эффективности и безопасности ДКРЧ при лечении СНМ легкой степени, за счет его опосредованного теплового эффекта, стимулирующего коллагеновые и эластиновые волокна.

Материалы и методы

В проспективное открытое клиническое исследование в 2019–2020 гг включено 102 пациентки с СНМ легкой степени. Средний возраст пациенток составил $43 \pm 4,2$ года. После комплексного обследования всем пациенткам было проведено 4 сеанса ДКРЧ. Время воздействия составило 15 минут, температура $38-42^{\circ}\text{C}$, частота 1–1,3 МГц, влагалищная насадка и 10 минут наружная насадка на область вульвы. Интервал между процедурами составил 14–16 дней, период наблюдения – 12 мес. Оценка эффективности проводимого лечения проводилась на основании данных гинекологического осмотра – кашлевая проба и пробы Вальсальвы, оценка степени опущения по системе POP-Q, урофлоуметрии. Так же всем пациенткам было проведено анкетирование до и через 3, 6, 12 месяцев после проведенного курса лечения на основании валидированных опросников – ICIQ-SF, FSFI, визуальной аналоговой шкалы общей удовлетворенностью лечением (ВАШ).

Результаты

При анализе результатов исследования выявлено статистически значимое снижение симптомов СНМ через 3 месяца – 80,3% пациенток отметили эффективность в лечении СНМ легкой степени – отсутствие непроизвольной потери мочи. В 68% – улучшение эстетического вида вульвы и промежности по ВАШ от 6,3 до 8,4; 72% – отметили улучшение качества сексуальной жизни (увлажненность во влагалище, отсутствие попадания воздуха во влагалище при половом акте, повышение частоты и яркости оргазмов). По данным анкетирования увеличение индекса женской сексуальной функции (FSFI) по следующим показателям: увлажненность на 26%, лубрикация на 30%, удовлетворенность на 39%, влечение на 13%, повышение оргазма на 25%. Через 9 месяцев эффективность проведенного лечения несколько снизилась – 60,5% пациенток отметили эффективность в лечении СНМ легкой степени – отсутствие непроизвольной потери мочи. В 58% – улучшение эстетического вида вульвы и промежности по ВАШ от 6,3 до 7,4; 52% – отметили улучшение качества сексуальной жизни (увлажненность во влагалище, отсутствие попадания воздуха во влагалище при половом акте, повышение частоты и яркости оргазмов). По данным анкетирования увеличение индекса женской сексуальной функции (FSFI): увлажненность на 20%, лубрикация на 25%, удовлетворенность на 34%, влечение на 13%, повышение оргазма на 22%.

Заключение

Все 4 процедуры ДКРЧ хорошо переносились пациентками, во время и после лечения не зарегистрировано нежелательных явлений. Наблюдалось быстрое купирование симптомов СНМ легкой степени и снижение эпизодов потери мочи, сексуального дискомфорта. Также, по данным фотофиксации отмечался выраженный косметический эффект в виде лифтинга тканей промежностей. Достигнутые клинические результаты максимально сохранились у пациенток в течение 6 месяцев после начала лечения, и наметилась тенденция к снижению после 9 месяцев после проведенного лечения. Проводится дальнейшее динамическое наблюдение данной группы пациенток.

ТИПЫ СОСТОЯНИЙ ВЛАГАЛИЩА В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ

Карахалис Л.Ю., Пономарева Ю.С.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ России
г. Краснодар

Актуальность

Влагалищная микробиота меняется на протяжении различных фаз жизни женщины. Исследование R.M. Brotman et al. (2014), продемонстрировало, что бактериальная система подразделяется на 6 типов (community state types CST), в четырех



В начало

Содержание

Список авторов

из которых доминируют виды *Lactobacillus*. Типы бактерий не похожи у перименопаузальных и постменопаузальных женщин. Гипоэстрогения вызывает каскад событий, начинающийся с истончения влагалищного эпителия, приводя к меньшему участию гликогена и более щелочному pH, который подавляет *Lactobacillus* (L.). По этой причине сокращение популяции *Lactobacillus* способствует колонизации другими микроорганизмами.

Цель

Изучить типы состояния (ТС) влагалища в перименопаузе в зависимости от её стадии.

Материалы и методы

Обследовано 109 пациенток перименопаузального периода, которые в соответствии со STRAW+10 были распределены на три группы: 1 группа (n=34) соответствовала раннему переходу в менопаузу; 2 группа (n=39) – позднему переходу в менопаузу и 3 группа (n=36) ранней менопаузе. При помощи Фемофлор 16 проведено молекулярно-биологическое исследование качественного и количественного состава микрофлоры влагалищной жидкости стандартным способом с последующей оценкой полученных результатов.

Результаты

В результате исследования оказалось, что ТС I в 1 группе был у 26,47% и во 2 группе – у 5,13%, с отсутствием в 3 группе пациенток с выделенным штаммом *L. crispatus*. ТС II определен в 1 группе у 47,06% и во 2 группе у 33,33%, при отсутствии выделенного штамма *L. gasseri* в 3 группе. ТС III с преобладанием штамма *L. iners* был у 11,76% и *L. jensenii* у 14,71% пациенток 1 группы; во 2 группе с выделенным штаммом *L. iners* было 23,08% и с *L. jensenii* – 17,95% пациенток. В 3 группе пациенток с выделенными *L. iners* и *L. jensenii* было 41,67%: преобладали штаммы *L. iners* – 16,67% и *L. jensenii* – 13,89%. ТС IVA отсутствовал в 1 группе, во 2 группе их было 15,38% и в 3 группе 36,11%. ТС IVB присутствовал во 2 группе у 5,13% и в 3 группе у 33,33%.

Заключение

Определение типов состояния в зависимости от стадии перехода в менопаузу способствует выбору характера локальной терапии. Если при ТС I и II возможно назначение локально только эстриола, то при ТС III и IV целесообразно его сочетание с лактобактериями, что наиболее характерно для позднего перехода в менопаузу и ранней менопаузы.

ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С КРАУРОЗОМ ВУЛЬВЫ

Киселева Е.А., Махмутходжаев А.Ш.

ФГБОУ ВО СИБГМУ Минздрава России
г. Томск

Актуальность

Фотодинамическая терапия (ФДТ) демонстрирует обнадеживающие результаты в лечении крауроза вульвы (син. склероатрофический лишай, код по МКБ-10 N 90.4), достигая эффективности 80-95%. Известно, что лечебный эффект ФДТ связан с увеличением интенсивности свободнорадикальных процессов в патологически тканях. Возможно, применение антиоксидантной терапии у пациенток с краурозом вульвы, получающих ФДТ, может сделать их оксидативный стресс более управляемым, и комбинированная терапия будет более эффективной в сравнении с изолированной ФДТ.

Цель

Целью исследования стало динамическое изучение уровней малондиальдегида (МДА), 8-гидрокси-2-дезоксигуанозина (8-OHdG) и супероксиддесмутазы (СОД) в сыворотке пациенток с краурозом вульвы, получающих лечение методом ФДТ, в том числе в комбинации с антиоксидантной терапией.

Материалы и методы

В этой работе приведены данные 60 женщин с краурозом вульвы. Пациентки были рандомизированы на 2 группы по 30 человек. Участницы исследования из первой группы получали однократный сеанс ФДТ, за которым следовал 30-дневный курс приема антиоксиданта Этилметилгидроксипиридина сукцината (по 125 мг 3 раза в сутки в течение 1 месяца), начинавшийся через 7 дней после проведения ФДТ, чтобы избежать нежелательного влияния антиоксиданта на процесс окислительного повреждения клеток в патологических тканях, который при использованной нами схеме лечения может длиться до 6 суток. Процедура ФДТ проводилась с применением 0,5% геля Радахлорина, облучение очагов осуществлялось в импульсном режиме, длина волны составила 662 нм, выходная мощность источника света – 2 Вт, плотность энергии – 200 Дж/см², время воздействия – 15-40 минут.

Пациентки из второй группы получали однократный сеанс ФДТ, процедура которого соответствовала таковой в первой группе.

Определение уровней МДА, 8-OHdG и СОД в сыворотке крови проводилось до лечения (первый визит), на 7 сутки после сеанса ФДТ (перед началом приема антиоксиданта в первой группе, второй визит) и через месяц после второго визита (по окончании антиоксидантной терапии в первой группе, третий визит).

Результаты исследования обработаны программой Statistica 8,0. Различия между группами считались значимыми при $p < 0,05$.



Результаты

Анализ полученных данных позволил сделать выводы о медико-социальной и клинической равнозначности двух групп пациенток.

Лабораторные тесты, проведенные на первом визите, демонстрировали нарушение баланса прооксидантной и антиоксидантной систем организма у всех обследованных пациенток: женщины имели высокие уровни маркеров оксидативного стресса МДА ($4,1 \pm 0,3$ нмоль/мл в первой группе, $3,99 \pm 0,3$ нмоль/мл во второй группе, $p=0,16$) и 8-OHdG ($0,56 \pm 0,1$ нг/мл в первой группе, $0,54 \pm 0,13$ нг/мл во второй группе, $p=0,51$) на фоне снижения концентрации эндогенного антиоксиданта СОД ($71,81 \pm 11,25$ Ед/мл в первой группе, $73,32 \pm 10,2$ Ед/мл во второй группе, $p=0,59$).

Уровни маркеров окислительного стресса, определенные на втором визите, отражали ожидаемое усиление свободнорадикальных процессов после процедуры ФДТ. Уровень МДА в первой группе составил $8,7 \pm 1,33$ нмоль/мл, во второй – $9,1 \pm 0,96$ нмоль/мл ($p=0,19$). Уровень 8-OHdG в первой группе соответствовал $0,92 \pm 0,12$ нг/мл, во второй – $0,89 \pm 0,12$ нг/мл ($p=0,34$). Уровень СОД также повысился, но был значительно ниже нормы: $94,61 \pm 6,82$ Ед/мл в первой группе, $94,53 \pm 6,85$ Ед/мл во второй группе, $p=0,96$.

На третьем визите уровни МДА и 8-OHdG в первой группе значительно снизились и определялись в пределах лабораторной нормы (МДА= $0,97 \pm 0,22$ нмоль/мл, 8-OHdG= $0,23 \pm 0,17$ нг/мл). Во второй группе уровни МДА и 8-OHdG вернулись к значениям, наблюдавшимся до проведения терапии (МДА= $3,73 \pm 0,32$ нмоль/мл, $p < 0,0001$; 8-OHdG= $0,57 \pm 0,11$ нг/мл, $p < 0,0001$). Уровень СОД в первой группе увеличился до нормальных значений и соответствовал $175,83 \pm 18,80$ Ед/мл. Во второй группе уровень СОД вернулся к своим начальным показателям ($71,69 \pm 7,47$ Ед/мл, $p < 0,0001$).

Заключение

Исследование продемонстрировало наличие окислительного стресса у пациенток с краурозом вульвы и временное усиление его интенсивности при проведении ФДТ, а также способность антиоксидантов регулировать состояние прооксидантной и антиоксидантной систем у данной категории пациенток.

ГЛУБОКИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ И АППЕНДИЦИТ

Кодряну Н.П., Иванова Е., Кодряну И.

Государственный университет медицины и фармакологии имени Николая Тестемицану
г. Кишинёв

Актуальность

Глубокий инфильтративный эндометриоз – грозное гинекологическое заболевание, которое поражает 2-4% женщин детородного возраста. Пациентки с ГИЭ страдают синдромом тазовых болей, обусловленным не только эндометриомами и выра-



женным спаечным процессом, но также и вовлечением в патологический «марш» смежных органов, что приводит к многочисленным хирургическим вмешательствам, подвергает женщин внутри- и послеоперационному, анестезиологическому риску и значительно снижает качество жизни этих пациенток. Одним из ассоциированных с ГИЭ хирургических осложнений является аппендицит.

Цель

Определение частоты возникновения аппендицита у пациенток с различными формами эндометриоза по сравнению с пациентками без эндометриоза для дальнейшего прогнозирования поражения аппендикса и предотвращения осложнений.

Материалы и методы

В ретроспективное клиническое исследование были включены 318 пациенток с эндометриозом и бесплодием и 150 пациенток с бесплодием, которые подверглись лапароскопическому вмешательству на базе ГКБ №1 в 2014 – 2016 гг. Был проведен сравнительный анализ частоты аппендэктомии у женщин с диагнозами ГИЭ, поверхностный эндометриоз и пациенток без эндометриоза.

Результаты

Эндометриоз был диагностирован у 318 женщин: ГИЭ – 51,88% и поверхностный эндометриоз – 48,11%. Распространенность аппендэктомии в экспериментальной группе составила 23,27%. Среди женщин с поверхностным эндометриозом пострадали 11,76% пациенток, среди женщин с ГИЭ – 33,93%. Распространенность аппендицита в контрольной группе составила 4,6%. Таким образом, частота аппендэктомии была статистически значимо выше среди пациенток с ГИЭ как по сравнению с поверхностным эндометриозом (ОШ 3,9, 95% ДИ 2,1 – 6,9; $p < 0,001$), так и с контрольной группой пациенток (ОШ 10,5, 95% ДИ 4,6 – 23,9; $p < 0,001$).

Заключение

Исследование продемонстрировало необходимость осмотра аппендикса у пациенток с эндометриозом, особенно с ГЭ правого яичника. Полученные результаты могут быть использованы для рекомендации превентивной аппендэктомии во время операции по поводу эндометриоза с целью полного удаления эндометриоза и профилактики аппендицита у этих пациенток в будущем.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Кононенко Т.С., Карахалис Л.Ю.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Краснодар



Актуальность

В современных условиях хронический эндометрит характеризуется увеличением значимости вирусной инфекции, наибольшее значение из которых имеют герпесвирусные инфекции (ВПГ, ЦМВ, ВЭБ). Поражение эндометрия, возникает у пациенток, страдающих атипичными или бессимптомными формами генитального герпеса, вызванного длительной персистенцией возбудителя в эндометрии, что ведет к стойким морфофункциональным его нарушениям.

Цель

Провести комплексную оценку состояния эндометрия при хроническом эндометрите.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 21 пациентка с хроническим эндометритом и положительным соскобом на герпесвирусные инфекции с длительностью бесплодия $7,3 \pm 1,0$ лет, средний возраст которых составил $33,5 \pm 0,9$ лет. Пациентки прошли комплексное обследование, включающее ультразвуковое исследование матки, гистероскопию и биопсию эндометрия.

Результаты

При ультразвуковом исследовании матки у всех пациенток были выявлены различные патологические состояния: у 47,6% (10/21) – диффузные изменения эндометрия, у 38,1% (10/21) – неоднородная структура эндометрия, у 42,9 (9/21) полипы эндометрия до 10 мм, у 19,0% (4/21) истончение эндометрия (менее 8 мм) и несоответствие фазе менструального цикла, у 23,8% (5/21) - гиперплазия эндометрия.

При проведении гистероскопии у 57,1% (12/21) определялась очаговая гипертрофия и полипоз эндометрия; у 23,8% (5/21) атрофические изменения слизистой без синехий; у 9,5% (2/21) в полости матки при атрофии были обнаружены внутриматочные синехии и у 9,5% (2/21) выявлена гиперемия, ранимость стенок, островки желтоватого цвета.

Проведенный гистологический анализ у 95,2% (20/21) пациенток выявил плазматические клетки, лимфоцитарную инфильтрацию стромы эндометрия и атрофические железы.

Заключение

При воспалительных процессах эндометрия ультразвуковая диагностика не дает высокоспецифичных результатов, основная задача эхографии – выявление патологических состояний и последовательной трансформации в различные фазы менструального цикла.

Гистероскопическая оценка воспалительных заболеваний эндометрия показала высокую чувствительность при проведении оценки эндометрия и верификации хронического эндометрита, что было подтверждено гистологическими исследованиями.

Таким образом, проведение комплексного исследования при хроническом эндометрите способствует адекватному выбору тактики ведения у пациенток с нарушением репродуктивной функции.

КЛИНИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО – ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСБИОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ГОРМОНАЛЬНУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ

Летуновская А.Б.

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

Актуальность

На состав влагалищной микрофлоры, наряду с изменениями в соответствии с фазой менструального цикла, также могут оказывать воздействие такие экзо и эндогенные факторы, как сексуальная активность и использование контрацептивных средств.

Таким образом, тенденция к применению контрацепции не только с целью предупреждения нежелательной беременности, но и изучение ее влияния на состояние биоценоза влагалища остается актуальным и окончательно нерешенным вопросом.

Цель

Изучить частоту и факторы риска нарушения биоценоза влагалища с учетом клинических и молекулярно-генетических методов исследования на фоне применения различных методов гормональной контрацепции у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Обследовано 120 пациенток, желающих использовать гормональные методы контрацепции, которые методом случайных чисел были подразделены на 4 группы: 1–30 пациенток, использующих барьерные методы контрацепции, во 2–30 пациенток, использующих КОК (20 мкг этинилэстрадиол и 3 мг дроспиренон), в 3–30 пациенток использующих влагалищное кольцо (этинилэстрадиол (11,7 мг) и гестаген – этоноргестрел (2,7 мг)). В 4–30 пациенток, использующих ВМК (52 мг левоноргестрела).

Результаты

До начала применения контрацепции состояние влагалищной микрофлоры у 75% женщин было классифицировано как нормоценоз, у 7 (5,8%) – выраженного дисбиоза и у 35 (29,2%) – умеренного дисбиоза. В структуре умеренных дисбиозов доминировали анаэробные дисбиозы (81,0%), а при выраженных дисбиозах наблю-



далось увеличение роли факультативных анаэробов (42.9%). При этом у всех пациенток с дисбиозом в качестве доминирующих в составе микробиоценоза облигатных анаэробов чаще всего выявляли *Gardnerella* spp. и *Eubacterium* spp., среди факультативных анаэробов — *Enterobacteriaceae* spp. Однако статистически значимых различий по абсолютному количеству микроорганизмов между группами выявлено не было.

У каждой 10-й женщины наблюдалось нарушение микробиоценоза влагалища исходно, который однако не проявлялся клинически. Через 1-3 месяца применения контрацепции в исследуемых группах нами выделена подгруппа женщин, предъявляющих жалобы на выделения из половых путей, дискомфорт в области вульвы. В связи с этим через 1 месяц после начала применения контрацепции 14 пациенткам была назначена местная антибактериальная терапия. При этом, в 1 группе (барьерная контрацепция) лечение было назначено 37,9% пациенткам, во 2 группе (КОК) – 11,1% ($OR=0.20$ ($0.05-0.82$), $p=0,03$), в 3 группе (влагалищное кольцо), в 4 группе (ВМС) – ни одна не нуждалась в лечении ($OR=0.06$ ($0-0.93$), $p=0.008$). Все 14 пациенток, получавших противовоспалительную терапию, были выделены в отдельную подгруппу для дальнейшего анализа.

При ретроспективном анализе установлено, что 2/3 пациенток, которые в дальнейшем нуждались в лечении, до назначения контрацепции имели дисбиоз влагалища (63,3% в 1 группе и 66,7% в 2 группе).

Исходно абсолютное количество *G.vaginalis* у пациенток, впоследствии получивших лечение, было статистически значимо выше чем у женщин не нуждавшихся в лечении (4,9 (3,1-6,6) против 3,2 (2,4-4,9) ГЭ/образец, $p=0,02$). При этом, в первом случае доля *G.vaginalis* в структуре биоценоза была достаточно значительной и составляла 8,13 (0,04-41,50)% по сравнению со здоровыми женщинами, у которых данный микроорганизм не превышал 1% (0,02 (0-0,88)%).

Выводы

Наличие дисбиоза является важным прогностическим критерием при назначении метода контрацепции. У женщин принимающих гормональную контрацепцию значимым фактором риска развития воспалительных заболеваний является дисбиоз влагалища, обусловленный повышением доли *G. vaginalis*. При нормоценозе в основном встречались *L. crispatus*, тогда как при дисбиозе преобладали *L. Iners*.



МОЛЕКУЛЯРНО – ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ДИСБИОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ГОРМОНАЛЬНУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ

Летуновская А.Б.

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

Актуальность

Поиск факторов развития дисбиоза и вагинита у женщин использующих гормональные методы контрацепции является актуальным. Изучение генотипа женщины позволяет предсказать реакцию иммунной системы на различные внешние воздействия, что может быть использовано для формирования группы риска по развитию дисбиотических нарушений.

Цель

Изучить особенности молекулярно-генетических предикторов развития дисбиоза влагалища у женщин использующих гормональную контрацепцию.

Материалы и методы

Обследовано 120 пациенток, желающих использовать гормональные методы контрацепции, которые методом случайных чисел были подразделены на 4 группы. В 1 -30 пациенток, использующих барьерные методы контрацепции, во 2 – 30 пациенток, использующих монофазный комбинированный оральный эстроген-гестагенный контрацептивный препарат (20 мкг этинилэстрадиол и 3мг дроспиренон), в 3 -30 пациенток, использующих влагалищное кольцо (этинилэстрадиол (11,7 мг) и гестаген – этоноргестрел (2,7 мг)). В 4-30 пациенток, которые использовали внутриматочную релизинг – систему (52 мг левоноргестрела).

Результаты

При анализе распределения аллелей и генотипов исследованных полиморфизмов статистически значимой ассоциации с состоянием дисбиоза влагалища перед назначением контрацепции выявлено не было.

В ходе поиска генетических предикторов развития клинической картины дисбиоза, потребовавшей применения антибактериальной терапии было установлено, что статистически значимые различия между пациентками, нуждавшимися и не нуждавшимися в лечении, наблюдались для полиморфного локуса гена IL4 (гаплотип -33 C>T/-590 C>T) ($p=0,02$), гена IL1R1: Pst11970 C>T ($p=0,0001$) и гена IL1RN: 11100 msp1 T>C ($p=0,014$). Для установления наиболее вероятной модели наследования для каждого из полиморфных локусов, различавшихся по распределению аллелей между пациентками, нуждавшимися и не нуждавшимися в лечении, был проведен статистический анализ аутосомно-доминантной и аутосомно-рецессивной модели для каждого аллеля. Для полиморфного локуса гена IL4 (гаплотип -33 C>T/-590 C>T) распределение генотипов соответствовало аутосомно-рецессивной модели



В начало

Содержание

Список авторов

наследования, ассоциированной с гаплотипом ТТ. Гомозиготные носительницы этого гаплотипа имели повышенный риск возникновения воспалительных заболеваний нижнего отдела половой тракта на фоне применения ГК требующей проведения терапии ($OR=3,51$ ($1,55-7,93$), $p=0,0006$).

Для полиморфного локуса IL1R1: Pst11970 C>T статистически значимым оказались обе проверяемые модели. Исходя из значения $p=0,0001$ наиболее вероятным представляется аутосомно-доминантная модель. Согласно аутосомно-доминантной модели OR для носителей аллеля Т полиморфного локуса IL1R1: Pst11970 C>T составило $4,31$ ($1,12-16,56$), $p=0,0001$.

Для полиморфизма IL1RN: 11100 msp1 T>C была выявлена ассоциация частотного аллеля Т с возникновением необходимости применения местной антибактериальной терапии. Генотипическая частота этого аллеля среди женщин, нуждавшихся в лечении, составляла 86% по сравнению с 62% ($p=0.014$). Широкое распространение носителей аллеля Т полиморфного локуса IL1RN: 11100 msp1 в популяции (83% по нашим данным приводит к низкой прогностической ценности положительного ответа и нецелесообразности использования данного маркера в диагностических целях. Тем не менее, перспективным представляются дальнейшие исследования в этой области.

Таким образом, носительство гаплотипа ТТ по локусам -33 C>T и -590 C>T гена IL4 в гомозиготном состоянии или аллеля Т полиморфного локуса IL1R1: Pst11970 C>T ассоциировано с повышенным риском возникновения необходимости лечения воспалительных заболеваний нижнего отдела половой тракта женщин на фоне применения гормональной контрацепции. Многофакторный анализ для выявления сочетанного влияния нескольких факторов риска на возникновение необходимости лечения на фоне гормональной контрацепции не проводился.

Выводы

Пациентки с генотипом IL4: -590 Т/Т или носители аллеля Т полиморфного локуса IL1R1: Pst11970 C>T имеют высокий риск развития воспалительных заболеваний и требуют контроля микробиоценоза влагалища на фоне применения ГК. Оценку состояния биоценоза влагалища на фоне использования КОК целесообразно проводить 1 раз в 12 мес

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ЖЕНЩИНЫ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

Миляева Н.М., Ковалев В.В., Бортник Е.А., Багиянц В.А.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации
г. Екатеринбург



В начало

Содержание

Список авторов

Актуальность

Ярким примером междисциплинарной патологии является синдром недостаточности тазового дна при пролапсе тазовых органов у женщин. На современном этапе принято определять пролапс тазовых органов (ПТО) как мультифакторное заболевание с синдромальным характером, различным временем манифестации патологии, определенным генетическим вкладом в реализацию и прогрессирование патологии. Однако в мировой практике отсутствует истина в статистике ПТО, поскольку пациентки с легкой степенью заболевания редко обращаются за медицинской помощью, а также отсутствует должная диспансеризация опущения и выпадения женских половых органов.

Цель

Изучить анамнестические факторы риска и клинические симптомы ПТО I и II степени.

Материалы и методы

В исследование были включены 70 пациенток среднего возраста (45–59 лет, согласно классификации ВОЗ, средний возраст пациенток составил $51,02 \pm 6,43$ лет), прошедших профилактический осмотр врача акушера-гинеколога. Данные пациентки не предъявляли гинекологических жалоб. При проведении гинекологического осмотра выявлено наличие ПТО I и II степени тяжести. Все пациентки дали информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты

При выяснении анамнеза были выделены следующие факторы риска формирования ПТО: наличие родов, осложненных травмой промежности (разрыв второй степени, эпизиотомия) и разрывами шейки матки I и II степеней (85,71%); рождение крупного ребенка свыше 4500 г (21,43%). Встречаемость многорожавших женщин составила 45,71%, наличие метаболического синдрома и ожирения выявлено у 44% пациенток, варикозная болезнь нижних конечностей – у 40%; тяжелый физический труд присутствовал у 22,85% женщин. Все роды закончились через естественные родовые пути, однако влагиалищное оперативное родоразрешение (полостные и выходные акушерские щипцы, вакуум экстракция плода) выполнено у 8,57% пациенток. При углубленном выяснении жалоб у пациенток выяснено, что сексуальная дисфункция присутствовала у 75,71% пациенток, индекс оргастичности составил $25,6 \pm 2,9\%$; рецидивирующий бактериальный вагиноз – у 87,14% пациенток; различной степени тяжести недержание мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, частое мочеиспускание до 8 раз в день – у 22,85% пациенток; наличие бесконтрольного отхождения газов – у 47,14% женщин; жалобы на ощущение инородного тела во влагиалище предъявляли 60% пациенток. Однако наличие данных клинических симптомов недостаточности мышц тазового дна не послужило поводом для обращения за медицинской квалифицированной помощью.



В начало

Содержание

Список авторов

Заключение

Таким образом, современная социально-медицинская проблема пролапса тазовых органов у женщин заключается в омоложении формирования данной патологии, значительном ухудшении качества жизни пациенток в связи с нарушением функции тазовых органов, медленном прогрессировании заболевания и позднем обращении больных за медицинской помощью, влекущее за собой возможность только хирургического лечения вплоть до гистерэктомии, развитии рецидива заболевания после пластических операций. Результаты исследований могут быть использованы для ранней диагностики дисфункции тазового дна у пациенток с генитальным пролапсом, персонифицированной стратификации групп риска, прогнозирования прогресса патологического процесса, определения профилактических мероприятий развития тяжелых и рецидивных форм пролапса, а также для выбора оптимального вида хирургического вмешательства с целью улучшения качества жизни современной женщины.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

Пинчук Т.В., Ленский Э.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск

Актуальность

Миома матки – одно из самых распространенных доброкачественных заболеваний матки и вне зависимости от возраста пациенток является одной из самых актуальных проблем в гинекологии как в республике Беларусь, так и за рубежом. Частота встречаемости данного заболевания колеблется в диапазоне от 25 до 30% у женщин репродуктивного возраста и возрастает до 50% у женщин в перименопаузальном периоде. Выбор метода лечения миомы матки по-прежнему остаётся дискуссионным. Хирургический метод лечения миомы матки сохраняет свои лидирующие позиции. При этом наиболее частой операцией в большинстве стран мира остаётся гистерэктомия, выполняемая абдоминальным, вагинальным или лапароскопическим доступом. Однако такой объём оперативного вмешательства всё чаще не приемлем из-за «омоложения» миомы матки в сочетании с нереализованной детородной функцией у пациенток репродуктивного возраста. Кроме функциональных нарушений удаление матки неизбежно приводит к развитию постгистерэктомического синдрома, проявляющегося различными сбоями, обусловленными эстрогендефицитным состоянием в организме женщины и неблагоприятным образом сказывается на психоэмоциональном статусе пациенток. Одним из органосохраняющих методов лечения миомы матки является эмболизация маточных артерий (далее – ЭМА). Данный метод лечения миомы матки в Республике Беларусь используется более 10

лет и дал хороший результат у пациенток в том числе с нереализованной репродуктивной функцией.

Цель

Определить отдаленные результаты в лечении миомы матки методом ЭМА с различными размерами и локализацией узлов.

Материалы и методы

В основу исследования положен ретро- и проспективный анализ 43 пациенток с миомой матки, находившихся на обследовании и лечении методом ЭМА в гинекологическом отделении УЗ «1 городская клиническая больница» г. Минска в период с 2015 по 2019 годы. Проанализирована медицинская документация вышеуказанных пациенток; с помощью телефонной связи и очного осмотра у пациенток было выяснено, как изменилось их качество жизни после выполнения ЭМА, динамика УЗИ органов малого таза (анализируемые параметры – динамика изменения диаметра доминантного миоматозного узла и среднего объема тела матки).

Результаты

Средний возраст пациенток составил $39,9 \pm 1,6$ года, из них в фертильном возрасте (до 49 лет) находились 38 пациенток. У 64 % пациенток заболевание продолжалось более 3 лет. Основными показаниями к проведению ЭМА явились: симптомное течение миомы матки (62%), миома матки больших размеров (18,8 %), сочетание миомы матки с бесплодием (8,2%), рецидив миомы матки после консервативной миомэктомии (6,2%), противопоказания к назначению гормонального лечения (4,8%). Симптомное течение миомы матки, как показание к ЭМА, проявлялось в основном аномальными маточными кровотечениями (62,6%) по типу меноррагии (86,4%) и менометроррагии (13,6%), болевым (8,3%) и анемическим (59,7%) синдромами. Количество миоматозных узлов было от 1 до 7 в каждой матке. Локализация миоматозных узлов была преимущественно 3 и 4 типа по FIGO (47,3%). Диаметр доминантного миоматозного узла колебался в пределах от 28 до 74 мм, в среднем составляя $51,8 \pm 17,1$ мм, при среднем объеме тела матки 428,1 см³ (от 104 до 972 см³).

При оценке динамики регресса доминантного миоматозного узла и объема матки, выявлено, что максимальный регресс данных показателей отмечен на 9 месяц после выполнения ЭМА.

В анализ отдаленных результатов после ЭМА, в динамике через 1, 2, 3 и 4 года после выполнения данной процедуры, вошло 20 пациенток (с 2015 по 2016 годы).

Рост миоматозного узла после выполнения ЭМА был отмечен у 3 пациенток (6,9%) через 3 года после выполнения процедуры. Следует отметить, что у данных пациенток диаметр доминантного миоматозного узла составил $7,8 \pm 0,7$ мм, расположение миоматозного узла в одном случае было 2 типа по FIGO, в 2х случаях- 6 типа по FIGO.



В начало

Содержание

Список авторов

Беременность после ЭМА наступила у 4 пациенток (9%), 1 из них закончилась срочными родами.

Заключение

На основании результатов нашего исследования и данных литературы мы полагаем, что ЭМА является высокоэффективным методом лечения миомы матки, что подтверждает низкий риск рецидивов после выполнения вмешательства и возможность реализации репродуктивной функции.

СОСТОЯНИЕ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Смирнова Д.В., Герасимов А.М., Кулида Л.В.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Иваново

Актуальность

В течение последних десятилетий воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), в том числе и хронический эндометрит (ХЭ), являются актуальной проблемой здравоохранения из-за тесной потенциальной связи с репродуктивными проблемами. Так, частота ХЭ у женщин с бесплодием колеблется от 40,7 до 55,7%, а при привычном невынашивании беременности от 42,9 до 56%. ХЭ часто протекает латентно или проявляется неспецифическими клиническими симптомами и ассоциируется с инфекционным повреждением. Патогенетически значимая роль в комплексной диагностике ХЭ принадлежит оценке биоценоза влагалища, при патологических изменениях которого резко увеличивается риск инфицирования эндометрия. Согласно современным представлениям микроорганизмы, обнаруживаемые во влагалищно-шеечной экосистеме, за исключением лактобактерий и бифидобактерий, могут инициировать развитие эндометрита.

Цель

Изучить особенности биоценоза нижних отделов репродуктивных путей у женщин с хроническим эндометритом.

Материалы и методы

Исследуемую группу составили 40 женщин в возрасте 18-40 лет, находящихся на стационарном лечении хронического эндометрита при прегравидарной подготовке в ИвНИИ Мид им. В.Н. Городкова МЗ РФ. Материалом для исследования служили отделяемое из влагалища, цервикального канала, периферическая венозная кровь и биоптаты эндометрия взятые на 22-й день менструального цикла. В качестве методов оценки инфицированности генитального тракта выбраны следующие: ПЦР в реальном времени, определение специфических Ig M и G методом ИФА в сыворотке



периферической крови к возбудителям ИППП (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*) и культуральный метод. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ Statistica 10.0 for Windows.

Результаты

Все обследованные пациентки были сопоставимы по возрасту, физическому развитию, соматическому статусу и наличию гинекологической патологии. При патоморфологическом исследовании биоптатов эндометрия во всех случаях выявлены признаки хронического эндометрита в виде распространенной лимфо-плазмочитарной инфильтрации, хронического васкулита спиральных артерий с поствоспалительным фиброзом стромы эндометрия. Воспаление в структурных компонентах эндометрия сочеталось с неполноценной секреторной перестройкой желез, стромы и сосудов слизистой оболочки матки. Во всех наблюдениях при исследовании показателей видового состава влагалищного биотопа нормоценоз не выявлен. Общая бактериальная масса (ОБМ) в Фемофлор-16 колебалась от $10^{3,8}$ до $10^{8,3}$ КОЕ, со средним показателем $10^{6,12 \pm 0,75}$ КОЕ. У большинства обследованных женщин имело место существенное подавление роста *Lactobacillus*: средний показатель составил $10^{4,84 \pm 1,37}$ КОЕ с колебаниями индивидуальных показателей от 0 до $10^{7,5}$ КОЕ. В 72,5% преобладала факультативно-анаэробная флора, в 57,5% облигатно-анаэробная флора, причём в избыточном количестве были представлены *Megasphaera* spp. + *Veillonella* spp. + *Dialister* spp. Инфицированность цервикального канала была диагностирована в 70% наблюдений с выявлением *Enterococcus faecalis* в 39,3% случаев, *E. Coli* – 28,6%, *Staphylococcus epidermidis* – 25%, *Staphylococcus saprophyticus* – 14,3%, *Bacillus* spp. – 3,6%, *Corynebacterium diphtheroid* – 3,6%, *Streptococcus anhaemolyticus* – 3,6%. Методом ИФА у 67,5% обследованных женщин была выявлена хламидийная (59,3%), микоплазменная (40,7%), уреаплазменная (33,3%) инфекции. Среди них в моноформе данные инфекции диагностировали у 70,4% пациенток, а сочетание – у 29,6%.

Заключение

Таким образом, ХЭ у женщин репродуктивного возраста сопровождается выраженными нарушениями биоценоза нижних отделов генитального тракта в виде абсолютного уменьшения лактобактерий, увеличения условно патогенной флоры и появления истинных патогенов. Полученные результаты показывают необходимость

углубленного исследования состояния биоценоза влагалища у пациенток с ХЭ для последующей полноценной коррекции выявленных нарушений.

СОСТОЯНИЕ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Смирнова Д.В., Герасимов А.М., Кулида Л.В.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Иваново

Актуальность

В течение последних десятилетий воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), в том числе и хронический эндометрит (ХЭ), являются актуальной проблемой здравоохранения из-за тесной потенциальной связи с репродуктивными проблемами. Так, частота ХЭ у женщин с бесплодием колеблется от 40,7 до 55,7%, а при привычном невынашивании беременности от 42,9 до 56%. ХЭ часто протекает латентно или проявляется неспецифическими клиническими симптомами и ассоциируется с инфекционным повреждением. Патогенетически значимая роль в комплексной диагностике ХЭ принадлежит оценке биоценоза влагалища, при патологических изменениях которого резко увеличивается риск инфицирования эндометрия. Согласно современным представлениям микроорганизмы, обнаруживаемые во влагалищно-шеечной экосистеме, за исключением лактобактерий и бифидобактерий, могут инициировать развитие эндометрита.

Цель

Изучить особенности биоценоза нижних отделов репродуктивных путей у женщин с хроническим эндометритом.

Материалы и методы

Исследуемую группу составили 40 женщин в возрасте 18–40 лет, находящихся на стационарном лечении хронического эндометрита при прегравидарной подготовке в ИвНИИ Мид им. В.Н. Городкова МЗ РФ. Материалом для исследования служили отделяемое из влагалища, цервикального канала, периферическая венозная кровь и биоптаты эндометрия взятые на 22-й день менструального цикла. В качестве методов оценки инфицированности генитального тракта выбраны следующие: ПЦР в реальном времени, определение специфических Ig M и G методом ИФА в сыворотке периферической крови к возбудителям ИППП (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*) и культуральный метод. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ Statistica 10.0 for Windows.



Результаты

Все обследованные пациентки были сопоставимы по возрасту, физическому развитию, соматическому статусу и наличию гинекологической патологии. При патоморфологическом исследовании биоптатов эндометрия во всех случаях выявлены признаки хронического эндометрита в виде распространенной лимфо-плазмочитарной инфильтрации, хронического васкулита спиральных артерий с поствоспалительным фиброзом стромы эндометрия. Воспаление в структурных компонентах эндометрия сочеталось с неполноценной секреторной перестройкой желез, стромы и сосудов слизистой оболочки матки. Во всех наблюдениях при исследовании показателей видового состава влагалищного биотопа нормоценоз не выявлен. Общая бактериальная масса (ОБМ) в Фемофлор-16 колебалась от 103,8 до 108,3 КОЕ, со средним показателем $106,12 \pm 0,75$ КОЕ. У большинства обследованных женщин имело место существенное подавление роста *Lactobacillus*: средний показатель составил $104,84 \pm 1,37$ КОЕ с колебаниями индивидуальных показателей от 0 до 107,5 КОЕ. В 72,5% преобладала факультативно-анаэробная флора, в 57,5% облигатно-анаэробная флора, причём в избыточном количестве были представлены *Megasphaera* spp. + *Veillonella* spp. + *Dialister* spp. Инфицированность цервикального канала была диагностирована в 70% наблюдений с выявлением *Enterococcus faecalis* в 39,3% случаев, *E. Coli* – 28,6%, *Staphylococcus epidermidis* – 25%, *Staphylococcus saprophyticus* – 14,3%, *Bacillus* spp. – 3,6%, *Corynebacterium diphtheroid* – 3,6%, *Streptococcus anhaemolyticus* – 3,6%. Методом ИФА у 67,5% обследованных женщин была выявлена хламидийная (59,3%), микоплазменная (40,7%), уреаплазменная (33,3%) инфекции. Среди них в моноформе данные инфекции диагностировали у 70,4% пациенток, а сочетание – у 29,6%.

Заключение

Таким образом, ХЭ у женщин репродуктивного возраста сопровождается выраженными нарушениями биоценоза нижних отделов генитального тракта в виде абсолютного уменьшения лактобактерий, увеличения условно патогенной флоры и появления истинных патогенов. Полученные результаты показывают необходимость углубленного исследования состояния биоценоза влагалища у пациенток с ХЭ для последующей полноценной коррекции выявленных нарушений.

СОВРЕМЕННАЯ ОПЕРАТИВНАЯ ТЕХНИКА ПРИ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

Собирова М.Р., Курбанов Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
г. Узбекистан, г. Ташкент

Актуальность

Пролапс гениталий у женщин по сей день является актуальной проблемой во всем мире. Этиология и патогенез заболевания оставляет много споров и дискуссий.

Заболевание сопровождается дискомфортом, нарушением сексуальной и репродуктивной функции женщин, снижает качество жизни. Нередко единственным верным решением в лечении пролапса гениталий в пожилом возрасте остается хирургическое лечение. Однако выбор точного метода операции представляет сложности, так как она должна не только ликвидировать пролапс, но и предотвращать отдаленные осложнения.

Цель

Обосновать новую хирургическую технику при коррекции пролапса гениталий у женщин.

Материалы и методы

Исследования проводилось у 40 женщин с тотальным пролапсом гениталий. Всем женщинам производилось оперативное лечение влагалищная экстирпация матки по новой технике. Новизна данной оперативной техники заключалась в ушивании крестцово-маточных связок проленовой лентой между собой, а проксимальный канал ленты фиксировать с круглой маточной связкой с двух сторон. На первом этапе проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование всех пациенток, поступивших на плановое хирургическое лечение по поводу пролапса гениталий в городской роддом №6. Обследуемые были сопоставимы по социально-биологическим характеристикам и тяжести заболевания. Показания к операции определялись диагнозом, поставленным на основании комплексного клиничко-лабораторного обследования. В настоящей работе применялись следующие методы исследования: клинические (опрос, осмотр, гинекологический статус), лабораторные (исследование общего анализа крови и гематокрита до операции и на вторые сутки после нее) и специальные (исследование системы гемостаза).

Больные в стационаре подвергались дополнительному обследованию, которое заключалось в проведении УЗИ (трансвагинальный и абдоминальный доступы), доплерографию, по показаниям КТ, МРТ и др.

Результаты

У обследуемых женщин после проведения влагалищной экстирпации матки произведено ушивание крестцово-маточных связок проленовой лентой между собой, а проксимальный канал ленты фиксирован с круглой маточной связкой с двух сторон. Сформирован прочный конгломерат, укреплено тазовое дно. Произведена перитонизация путем наложения кисетного шва. Сформирован глубокий купол влагалища. Сформирован крепкий связочный аппарат. Ликвидирована возможность рецидива пролапса послеоперационной культи. После чего произведена передняя задняя кольпоперинеолеваторопластика, классическим путем. Средняя кровопотеря у больных составила 170 ± 25 мл. Длительность операции варьировала от 50 до 70. Длительность нахождения больных в стационаре составляла 3–4 дня. Не было зафиксировано интраоперационных осложнений. После операционный период протекал удовлетворительно. По истечении 40 дней все пациенты чувствовали себя замечательно, восстановилось качество жизни.



В начало

Содержание

Список авторов

Заключение

Данная оперативная техника ушивания крестцово-маточных и круглых маточных связок позволяет сформировать прочное тазовое дно что в дальнейшем может ликвидировать возможность рецидива.

РОССИЙСКИЕ ПЕССАРИИ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАН-ИННОВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИЦН И ПРОЛАПСА ГИНЕТАЛИЙ

Шнейдерман М.Г.¹, Шнейдерман М.М.²

1. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова», г. Москва
2. ООО «ЭКО плюс», г. Москва

Среди эффективных консервативных способов лечения опущения тазовых органов и истмико-цервикальной недостаточности широкое применение находят урогинекологические и акушерские пессарии. Представлена информация о новых российских моделях акушерских и урогинекологических пессариев. В ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова» разработаны новые виды урогинекологического и акушерского пессариев доктора Шнейдермана, которые выполнены из высококачественного медицинского силикона различной твердости по Шору, определенной упругости и плотности, специально подобранного для оптимального использования. Новая модифицированная модель имеет несколько конструктивных отличий от существующих устройств и надежно удерживает матку и влагалище от опущения а также предупреждает стрессовое недержание мочи. Испытания модифицированной модели гинекологического пессария проведенные на 340 женщинах с диагностированным опущением органов малого таза показали их высокую надежность и эффективность.

Оптимальное время использования пессария – от 20 до 25 дней, после чего вечером пессарий извлекается, промывается теплой водой и утром снова вводится во влагалище на следующие 20-25 дней.

В структуре причин преждевременных родов наиболее часто встречается истмико-цервикальная недостаточность. Надежной профилактикой преждевременных родов при истмико-цервикальной недостаточности является применение акушерского пессария. Изучение имеющихся разновидностей акушерских пессариев выявило ряд недостатков в их конструкции и возможных осложнений при использовании: чувство дискомфорта, боли, смещение и выпадение, обильные влагалищные выделения и образование пролежней на стенке влагалища. В ФГБУ «НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова» разработаны и протестированы новые модели акушерских пессариев доктора Шнейдермана, отличительной особенностью которых является наличие четырех полукруглых вырезов с внешней поверхности кольца с симметричным расположением и четырех полукруглых выпуклостей с внутренней стороны кольца. Имеются семь преимуществ новой модели перед существующими образцами: происходит надежная фикса-



ция пессария во влагалище за счет наружных вырезов, простота введения пессария во влагалище, отсутствие пролежней и язв на слизистой влагалища. Через наружные вырезы увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого (профилактика кольпита), не бывает аллергических осложнений а наличие четырех выпуклостей с внутренней стороны кольца надежно предупреждает раскрытие шейки матки при истмико-цервикальной недостаточности.

Устраняются симптомы стрессового недержания мочи.

Оптимальное время использования пессария – от 17 недель до 37 недель беременности. Испытания новой модели акушерского пессария проведенные на 486 беременных женщинах (при сроках от 18 до 34 недель беременности) с диагностированной ИЦН показали их высокую надежность и эффективность. Принципиально новой является модифицированная модель послеродового пессария с четырьмя вертикальными силиконовыми «лепестками», исходящих от нижней поверхности кольца не дающих пессарию сместиться и надежно удерживающие тело матки в правильном анатомическом положении.

Russian pessary of Dr. Shneiderman is a reliable support in the treatment cervical insufficiency and prolapse of genitalia

M.G. Schneiderman, M.M. Schneiderman

The advantage of the new models of the obstetrical pessaries over the available versions consists in the following points: the adjunctive fixation of the pessary in the vagina is provided owing to the external slots, so the pessary would not move or drop out. The outflow of the vaginal fluid increases.

The existence 4 bulges on the internal surface of the ring effectively prevents cervical dilatation in case of cervical insufficiency during pregnancy.

The optimal timing for use obstetrical pessary is from the 14 to the 37th week of pregnancy.

The new models of urogynecological pessaries are made of high quality silicone. The outstanding feature of the ring of four symmetrical semicircular slots on the external surface of the ring.

The optimal time-of use of the pessary is 20-25 days, after which the pessary needs to be removed, rinsed water and can be re-inserted.

Тематика:

Онкогинекология



АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ, ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ В СОХРАНЕНИИ ФЕРТИЛЬНОСТИ

Гаджиева Л.Т.^{1,2}, Павлович С.В.^{1,2}, Пронин С.М.², Кометова В.В.²

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

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

г. Москва

Цель

Оценить эффективность использования внутриматочной гормональной системы, содержащей левоноргестрел (ВМС-Мирена), у больных атипической гиперплазией эндометрия (АГЭ), заинтересованных в сохранении фертильности.

Материалы и методы

В исследование включены больные с АГЭ, заинтересованные в сохранении репродуктивной функции. В ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И.Кулакова» Минздрава России за период с 2019 по 2020 гг.. 20-и пациенткам с диагнозом АГЭ, с целью консервативного лечения была установлена ВМС Мирена. Средний возраст пациентов составил $35,0 \pm 5,1$ лет. Через 3 и 6 месяцев от начала лечения гормональной системой, содержащей левоноргестрел, производилась пайпель-биопсия эндометрия для гистологической оценки эффективности гормонотерапии. Биоптаты были проанализированы на предмет наличия патоморфоза атипической гиперплазии эндометрия, определяемого как атрофия желез и псевдодецидуализация стромы при полном эффекте лечения прогестероном.

Результаты

Гистологическая оценка эндометрия показала, что большинство больных ответили на лечение ВМС с левоноргестрелом в первые 3 месяца ($n=16$; 80%). К 6-ти месяцам наблюдения еще двое ($n = 2$; 10%) пациентов достигли клинической ремиссии, четверо ($n = 4$, 20%) пациентов из группы, ответивших на 3-х месяцах продемонстрировали резистентность к проводимому лечению в виде (неполного гормонального патоморфоза III степени, наличие остаточных гиперплазированных эндометриальных желез без атипии). Стабильная резистентность к прогестерону отмечалась у двух ($n = 2$, 10%) пациентов на протяжении 6-ти месячного лечения в виде (лечебного патоморфоза II-III ст., уменьшение атипии ядер эпителия). В целом, полный патоморфологический эффект гормонального лечения через 6 месяцев был получен у 14 (70%).

Заключение

У пациенток с АГЭ, заинтересованных в сохранении фертильности, к 6 месяцам гормонального лечения удается достичь полного эффекта более чем в 2/3 случаев



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

(70%), что позволяет ставить вопрос о возможности реализации репродуктивной функции.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ И РДВ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ



СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ С АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ ПЕРЕД НАЧАЛОМ ГОРМОНОТЕРАПИИ

Гаджиева Л.Т.^{1,2}, Павлович С.В.^{1,2}, Пронин С.М.², Кометова В.В.²

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

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

г. Москва

Актуальность

Атипическая гиперплазия эндометрия (АГЭ) занимает центральное место среди предраковых состояний эндометрия

Риск малигнизации АГЭ в высокодифференцированный рак достаточно высок и составляет 15-43%, что и определяет необходимость ее выявления и безотлагательного лечения. Благоприятное клиническое течение АГЭ (морфологическая форма гиперплазии, отсутствие инвазии в миометрий и ее метастазирования) обуславливает возможность успешного излечения женщин от заболевания посредством операции. Для женщин репродуктивного возраста у которых сохраняются высокие шансы излечить заболевание с сохранением фертильности – актуальна самостоятельная гормонотерапия

Цель

Оценить состояние эндометрия перед включением в программу самостоятельной гормонотерапии (СГТ) у больных атипической гиперплазией эндометрия (АГЭ) в репродуктивном возрасте для сохранения максимальной функциональности эндометрия и улучшения репродуктивных исходов.

Материалы и методы

В исследование включены больные с впервые выявленным и гистологически верифицированным диагнозом АГЭ. Методика предполагает проведение диагностической гистероскопии и РДВ с последующей гистологической оценкой состояния эндометрия, с целью дифференцированного ведения больных с АГЭ, заинтересованных в сохранении фертильности. в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России за период с 2018 по 2021 гг. обратились 47 пациенток с диагнозом АГЭ, которым по мету жительства была предложена операция в объеме экстирпация матки с придатками, от чего пациентки категорически отказались в пользу органосохранного лечения в связи с нереализованной репродуктивной функцией. Средний возраст составил 36,9 лет ($\pm 6,0$). С учетом длительного периода отсутствия какого-либо лечения (в среднем $7,4 \pm 3,1$ мес. от момента постановки диагноза до обращения в Центр), пациенткам была предложена гистероскопия с РДВ. Для оценки вероятности прогрессирования заболевания за период отсутствия лечения, производилась повторная гистероскопия с РДВ.



В начало

Содержание

Список авторов

Результаты

Всем пациенткам была произведена повторная гистероскопия с РДВ. По результатам гистологического исследования: нормальный функциональный эндометрий верифицирован у 16 (36%) пациентов, гиперплазия эндометрия без атипии была диагностирована у 12 (27%) пациентов, атипическая гиперплазия эндометрия у 16 (36%) пациентов. В трех случаях (6,4%) была выявлена высокодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома эндометрия, что позволило персонализированно планировать тактику ведения. Пациенты с морфологической картиной нормального функционального эндометрия были направлены к репродуктологу для попытки самостоятельной беременности, либо беременности с использованием программ ЭКО.

Пациенты с гиперплазией эндометрия без атипии также направлялась к репродуктологу для решения вопроса о взятии генетического материала (яйцеклетки) до начала гормональной терапии, с целью получения качественного репродуктивного материала и его последующего применения в программе ЭКО. Пациентам с атипической гиперплазией эндометрия была назначена гормонотерапия. В случаях с морфологически подтвержденным раком эндометрия, больные были направлены на дообследование (МРТ малого таза) с последующим решением вопроса о дальнейшей тактике ведения.

Заключение

Выполнение лечебно-диагностической гистероскопии с РДВ у женщин репродуктивного возраста с АГЭ необходимо для верификации диагноза и дифференцированных подходов к лечению и реализации репродуктивной функции.

Тематика:

Репродуктология

АНТИМЮЛЛЕРОВ ГОРМОН И РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЖЕНЩИНЫ

Барановская Е.И.

Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск

Актуальность

Оценка репродуктивного потенциала женщины приобрела медицинское и социальное значение в двух важных аспектах: применение и совершенствование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) и увеличение возраста деторождения. Для прогнозирования репродуктивного потенциала женщины важна оценка истинного резерва яичников.

Цель

Цель работы показать значимость теста концентрации в крови антимюллерова гормона (АМГ) для оценки резерва яичников и репродуктивного потенциала женщины.

Материалы и методы

Проведен анализ современных источников литературы из базы PubMed.

Результаты

Истинный резерв яичников – это количество примордиальных фолликулов (ПФ), которые могут длительное время оставаться в покое, а для развития примордиального фолликула в антральный требуется 6-8 месяцев. Большая часть ПФ на последующих стадиях развития подвергаются атрезии. Экспрессия АМГ начинается на стадии первичного фолликула и прекращается, когда антральный фолликул достигает диаметра 8 мм и больше. АМГ прямо не связан с количеством ПФ и не отражает истинный репродуктивный потенциал. При этом АМГ регулирует фолликулогенез и предотвращает преждевременное истощение запаса фолликулов и чем меньше оставшийся пул фолликулов, тем меньше концентрация АМГ.

Возраст наиболее сильный предиктор репродуктивного потенциала. Сильная корреляция между АМГ и рекрутированием фолликулов к созреванию существует у женщин старше 25 лет (Dewailly D. et al., 2014). В 35-39 лет значимо возрастает доля пациенток с низким АМГ (<5 пмоль/л) (Hvidman H.W. et al., 2016). От резерва яичников зависит количество доминантных фолликулов, полученных при контролируемой овариальной стимуляции при ЭКО. Бедный ответ яичников на стимуляцию связан с возрастом 40 лет и старше (Ferraretti AP. et al., 2011).

Количество антральных фолликулов (КАФ), продуцирующих АМГ, коррелирует с количеством ПФ, определяющих истинный резерв яичника, поэтому вместе АМГ и КАФ отражают репродуктивный потенциал, а АМГ может быть использован для прогнозирования овариального ответа при ЭКО (Nyboe Andersen A. et al., 2017; Fleming R. et al., 2015). Для АМГ отсутствует международный стандарт, что ограничивает его применение (Fleming R. et al., 2015; Hawkins Bressler L, Steiner A., 2018; Bedenk J. et al., 2020). Консенсус Европейского общества репродукции человека и эмбриологии учитывает минимальные значения АМГ 0,5-1,1 нг/мл, КАФ менее 5-7 (ESHRE Guideline Group on Ovarian Stimulation, 2020). Национальное руководство Великобритании для прогноза слабого или чрезмерного ответа яичников на стиму-

лацию рекомендует использовать КАФ (< 4 или > 16), АМГ ($< 5,4$ пмоль/л или $> 25,0$ пмоль/л), ФСГ ($> 8,9$ МЕ/л или < 4 МЕ/л) (NICE guideline. CG156).

Заключение

АМГ косвенно отражает овариальный резерв. Наиболее сильный фактор для прогноза фертильности – возраст женщины. Измерение АМГ для оценки овариального резерва полезно у женщин старше 35 лет или пациенток, имеющих факторы риска: единственный яичник, предыдущая операция на яичниках, плохой ответ на стимуляцию овуляции, используемая лучевая или химиотерапия, необъяснимое бесплодие.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ПРЕОДОЛЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С ОВАРИАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Жуковская С.В., Жуковская С.В., Грицева Е.С.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск

Актуальность

На протяжении последних десятилетий эндометриоз остаётся одной из наиболее сложных и наименее изученных проблем в практике врача акушера-гинеколога. Важность глубокого понимания этиологии и патогенеза эндометриоза в контексте репродуктивной медицины обусловлена тем, что с этим заболеванием сталкивается до 10% женщин фертильного возраста, при этом распространённость эндометриоза среди пациентов с бесплодием достигает 25-50%. При выборе тактики лечения овариального эндометриоза следует учитывать, в первую очередь, репродуктивный анамнез и репродуктивные планы женщины, возраст и состояние овариального резерва, характер жалоб и наличие онкологической настороженности. Отсутствие единого подхода к преодолению бесплодия у женщин со II стадией овариального эндометриоза объясняет важность и актуальность проведения исследований с целью более глубокого изучения данной проблемы.

Цель

Определить оптимальную тактику преодоления бесплодия у женщин с эндометриодными кистами яичников, соответствующими II стадии овариального эндометриоза.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное когортное исследование на базе МЧУП «Центр репродуктивной медицины» (Минск, Беларусь), включившее в себя 179 женщин с бесплодием, вызванным эндометриозом, которые обратились для проведения экстракорпорального оплодотворения в 2016 – 2019 гг. Сформировано 2 исследуемые группы:



группа 1 – 88 женщин с эндометриоидными кистами яичников (II стадия эндометриоза), которым процедура ЭКО проводилась без предшествующего хирургического лечения; группа 2 – 91 женщина после хирургического лечения по поводу эндометриоидных кист в анамнезе, обратившаяся для проведения ЭКО.

Результаты

Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела и длительности бесплодия. У исследуемых женщин отсутствовали достоверные межгрупповые различия по концентрации фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, пролактина, тиреотропного гормона и антител к тиреопероксидазе. Следовательно, исследуемые группы сопоставимы между собой по основным клинико-лабораторным характеристикам и подлежат дальнейшему сравнению.

Достоверные межгрупповые различия по концентрации СА-125 отсутствовали: медиана составила 31,1 [27,5;41,2] МЕ/мл и 31,5 [28,3;42,5] МЕ/мл у женщин 1-ой и 2-ой исследуемых групп, соответственно ($U=3641,0$; $p=0,296$). Уровень антимюллерова гормона на момент начала контролируемой овариальной стимуляции был статистически значимо ниже во 2-ой исследуемой группе: 1,6 [0,7;3,4] против 3,4 [2,9;4,8] нг/мл ($U=1711,5$; $p<0,001$). Отмечено значительное снижение концентрации антимюллерова гормона у женщин 2-ой группы после проведенного хирургического лечения по поводу эндометриоидных кист яичника: так, до хирургического вмешательства медиана уровня АМГ составляла 3,5 [3,4;5,3], после – 1,6 [0,7;3,4] нг/мл ($U=1323,0$; $p<0,001$). Затем нами была проведена оценка суммарной дозы гонадотропинов и длительности контролируемой овариальной стимуляции у женщин в обеих группах. Установлено, что длительность КОС была статистически значимо выше во 2-ой исследуемой группе и составила $9,89 \pm 1,02$ дня в сравнении с $8,77 \pm 1,11$ дней в 1-ой группе ($U=1506,5$, $p<0,001$). Медиана суммарной дозы гонадотропинов во 2-ой группе пациентов составила 2325 [1612,5;2400] МЕ, среди женщин 1-ой исследуемой группы – 1275 [1106,3;1731,3] МЕ ($U=1563,5$, $p<0,001$).

Основные эмбриологические параметры эффективности контролируемой овариальной стимуляции имели статистически значимые межгрупповые различия: так, у женщин 2-ой исследуемой группы достоверно ниже количество фолликулов на момент аспирации фолликулярной жидкости, получено лишь 7 [3;11] ооцитов, в то время как в 1-ой группе – 10,5 [10;12] ($U=1959,5$ $p<0,001$). Наиболее важным показателем эффективности КОС, на наш взгляд, является количество эмбрионов, развившихся до стадии бластоцисты: 3 [2;4] во 2-ой группе против 5 [3,5;6] – в 1-ой группе женщин. При анализе исходов ЭКО выявлено, что эффективность программы экстракорпорального оплодотворения была статистически значимо выше у женщин 1-ой исследуемой группы: в 1-ой группе наступило 46 беременностей (52,3%), у женщин 2-ой группы – 31 (34%) ($\chi^2 = 6,05$; $p=0,014$).

Заключение

В результате проведенного исследования установлено, что проведение цистэктомии по поводу эндометриоидных кист яичников перед проведением ЭКО ассоциировано со статистически достоверным снижением овариального резерва, возрастанием суммарной дозы гонадотропинов и длительности гормональной стимуляции, сниже-



нием количества зрелых фолликулов на момент трансвагинальной пункции, количества полученных зрелых ооцитов, эмбрионов и бластоцист, снижением вероятности наступления беременности. Таким образом, при эндометриоз-ассоциированном бесплодии и наличии эндометриоидных кист яичников, соответствующих II стадии овариального эндометриоза, целесообразно не откладывать проведение экстракорпорального оплодотворения и не проводить предварительное хирургическое лечение, так как это может оказывать выраженное негативное влияние на овариальный резерв и значительно снижать вероятность успешного применения программ ЭКО.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЧАСТОТУ НАСТУПЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С СУБОПТИМАЛЬНЫМ И НОРМАЛЬНЫМ ОТВЕТОМ НА КОНТРОЛИРУЕМУЮ ОВАРИАЛЬНУЮ СТИМУЛЯЦИЮ В ПРОТОКОЛАХ ЭКО/ИКСИ

Нгуен К.Т., Махмадалиева М.Р., Ниаури Д.А., Гзгзян А.М.

Санкт-Петербургский государственный университет; НИИ АГиР им. Д.О. Отта
г. Санкт-Петербург

Актуальность

В настоящее время, экстракорпоральное оплодотворение является основным методом лечения бесплодия. Известно, что частота наступления клинической беременности используется в качестве критерия оценки эффективности программ ЭКО/ИКСИ. Однако, на частоту наступления клинической беременности влияют различные факторы, которые до конца не изучены.

Цель

Определить основные факторы, влияющие на частоту наступления клинической беременности у пациенток с субоптимальным и нормальным ответом на контролируемую овариальную стимуляцию (КОС) в протоколах ЭКО/ИКСИ.

Материалы и методы

В ретроспективное исследование вошли 488 пациенток с субоптимальным (4 – 9 полученных ооцитов) и 218 пациенток с нормальным ответом (10 – 15 полученных ооцитов) на контролируемую овариальную стимуляцию. Проводился анализ клинико-анамнестических данных, гормонального статуса, показателей овариального резерва, характеристик протоколов стимуляции и эмбриологических данных с использованием отношения шансов (ОШ), 95% доверительный интервал (95% ДИ), логистической регрессии и ROC-анализа.

Результаты

Было обнаружено, что факторами, оказывающими положительное влияние на частоту наступления клинической беременности явились возраст пациенток ≤ 35 лет (ОШ 1,90; 95% ДИ 1,31 – 2,78; $p < 0,001$), количество антральных фолликулов ≥ 10 (ОШ 1,69; 95% ДИ 1,19 – 2,41; $p = 0,003$), концентрация АМГ в сыворотке крови $\geq 2,45$ нг/мл (ОШ 1,46; 95% ДИ 1,01 – 2,11; $p = 0,046$), концентрация ЛГ в сыворотке крови $\geq 6,19$ МЕ/л (ОШ 1,66; 95% ДИ 1,12 – 2,46; $p = 0,01$), число двупронуклеарных зигот ≥ 4 (ОШ 2,92; 95% ДИ 1,91 – 4,45; $p < 0,001$) и количество эмбрионов хорошего качества ≥ 3 (ОШ 2,38; 95% ДИ 1,66 – 3,40; $p < 0,001$). С другой стороны, к факторам, негативно влияющим на частоту наступления клинической беременности, относятся миома матки (ОШ 0,57; 95% ДИ 0,37 – 0,89; $p = 0,014$) и субоптимальный ответ на контролируруемую овариальную стимуляцию (ОШ 0,58; 95% ДИ 0,40 – 0,83; $p = 0,003$).

Заключение

К наиболее значимым факторам, влияющим на эффективность программ ЭКО/ИКСИ у пациенток с субоптимальным и нормальным ответом на контролируруемую овариальную стимуляцию в протоколах ЭКО/ИКСИ относятся возраст женщин и качества эмбрионов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТОКОЛОВ ВРТ У ПАЦИЕНТОК-НОСИТЕЛЬНИЦ АНТИТИРЕОИДНЫХ АУТОАНТИТЕЛ

Сафарян Г.Х., Ниаури Д.А., Джемлиханова Л.Х., Гзгзян А.М.

Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии медицинского факультета, ФГБУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»
г. Санкт-Петербург

Актуальность

Бесплодие неуточненного генеза остается одной из нерешенных проблем репродуктивной медицины. В этой связи ведутся исследования, направленные на снижение доли идиопатического фактора бесплодия путем выявления репродуктивно-значимой соматической патологии. Имеются сообщения об оценке влияния анти tireоидных аутоантител на результативность программ ВРТ у женщин с аутоиммунным тиреодитом (АИТ) в состоянии эутиреоза. Некоторые исследователи демонстрируют строгую сопряженность между наличием анти tireоидных антител и неудачными попытками ЭКО [Zhong, 2012; Medenica, 2018], в то время как другие опровергают данное предположение [Venables, 2020].



В начало

Содержание

Список авторов

Цель

Изучить результативность лечения бесплодия методами ВРТ у женщин с подтвержденным диагнозом АИТ и наличием антиреоеидных аутоантител.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», в Отделе вспомогательных репродуктивных технологий в период с 2018 по 2020 гг. и включило результаты 139 циклов ЭКО или ЭКО/ИКСИ. Критерии включения: возраст — 20–40 лет, наличие бесплодия, требующего применения ЭКО (ЭКО/ИКСИ), антимюллеров гормон (АМГ) — более 1,0 нг/мл, ТТГ — менее 2,5 мМЕ/л. Критерии исключения: ИМТ — более 35 кг/м², прочие заболевания эндокринной системы, оперативные вмешательства на щитовидной железе и на яичниках, наличие противопоказаний для лечения согласно приказу МЗ от 30.08.2012 № 107н. Основную группу составили 40 женщин с бесплодием в состоянии эутиреоза с диагностическими титрами АТ-ТПО и/или АТ-ТГ (≥ 30 МЕ/мл). В группу сравнения вошли 99 женщин с диагнозом бесплодие без антител.

Результаты

Средний возраст обследованных больных достоверно не различался в анализируемых группах.

Самопроизвольные выкидыши в анамнезе достоверно чаще встречались среди женщин основной группы относительно группы сравнения (42,4% и 22,2%, $p=0,016$).

Более высокие сывороточные значения ТТГ определялись в основной группе относительно группы сравнения ($2,4 \pm 1,1$ и $1,76 \pm 1,3$; $p<0,001$), однако, определяемый уровень гормона не выходил за пределы допустимых значений. Средние уровни АТ-ТПО и АТ-ТГ составили $303,76 \pm 362,01$ МЕ/мл и $36,15 \pm 55,13$ МЕ/мл, соответственно.

Средние значения АМГ оказались достоверно ниже в основной группе ($2,72 \pm 2,5$ нг/мл) относительно группы сравнения ($4,78 \pm 4,46$ нг/мл; $p=0,0031$), так же как и число антральных фолликулов ($8,57 \pm 4,15$ относительно $12,31 \pm 7,73$; $p=0,0074$, соответственно). Более того, выявлена обратная взаимосвязь между титром антиреоеидных антител в сыворотке крови и АМГ, ЧАФ ($R_s = -0,28$ и $-0,32$ соответственно; $p<0,001$).

Субоптимальный ответ на стимуляцию суперовуляции составил 62,5% в основной группе, в группе сравнения — 32,32% ($p<0,05$), доля пациентов с низким или нормальным ответом статистически не различалась между группами.

При оценке эмбриологического этапа программ ВРТ установлено достоверное снижение числа полученных ооцитов ($7,75 \pm 7,15$ относительно $11,89 \pm 9,08$; $p<0,05$), доли зрелых ооцитов ($6,9 \pm 7,24$ относительно $10,18 \pm 7,75$; $p<0,05$), двупро-



нуклеарных зигот ($5,05 \pm 4,72$ относительно $8,52 \pm 7,28$; $p < 0,005$), эмбрионов хорошего качества на 3-ий ($2,7 \pm 3,24$ относительно $4,42 \pm 4,47$; $p < 0,05$), на 5-ый дни культивирования ($1,4 \pm 2,38$ относительно $3,3 \pm 4,66$; $p < 0,05$) и криоконсервированных эмбрионов ($1,65 \pm 2,65$ относительно $3,17 \pm 4,61$; $p < 0,05$) в основной группе относительно группы сравнения.

Анализ целевой эффективности лечения показал снижение частоты имплантации (18% и 34,7%, $p < 0,05$) и достижения клинической беременности (25% и 45,92%, $p < 0,05$) в основной группе относительно группы сравнения.

Заключение

Несмотря на то, что роль анти тиреоидных антител в развитии снижения эффективности программ ВРТ и ранних репродуктивных потерь до конца не определена, по результатам проведенного исследования можно предположить, что носительство анти тиреоидных антител является одним из маркеров «нарушений репродуктивной функции аутоиммунного генеза», сопровождающимся сочетанным носительством аутоантител к антигенам органов репродуктивной системы, а именно, гранулезным клеткам, непосредственно ооцита, эндометрия, таким образом обуславливая снижение суммарной эффективности программ ВРТ.

Тематика:

Неонатология

КОНЦЕНТРАЦИЯ В-АРРЕСТИНА-2 У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ

Андреев А.В., Харламова Н.В., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г., Песенкина А.А., Кряжева Е.О., Суханова В.С., Танана Д.А.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России
г. Ивановская обл., г. Иваново

Актуальность

Тяжелое течение неонатального шока является одним из главных факторов способствующих повреждению центральной нервной системы, формированию детского церебрального паралича, а также в отдельных случаях может приводить



В начало

Содержание

Список авторов

к летальному исходу. Несмотря на успехи в диагностике, достигнутые в последнее время при использовании функциональной эхокардиографии и других методов, в настоящее время возможности прогнозирования развития шока у новорожденных резко ограничены.

Цель

Выявить концентрацию β -аррестина-2 у глубоко недоношенных новорожденных с артериальной гипотензией в 1 сутки жизни.

Материалы и методы

Обследовано 82 недоношенных ребенка (вес < 1500 г, гестационный возраст (ГВ) < 32 недель), которые были разделены на группы в зависимости от наличия артериальной гипотензии: I группа – 32 недоношенных ребенка с артериальной гипотензией; II группа – 50 недоношенных детей без артериальной гипотензии. Состояние детей оценивали ежедневно в течение всего раннего неонатального периода по 142 признакам. Оценивались данные анамнеза, общеклинические показатели, показатели проводимой интенсивной терапии, ежедневная оценка по шкале боли EDIN6 и шкале полиорганной недостаточности NEOMOD, клинические и биохимические лабораторные показатели, данные нейросонографии и др. Определение концентрации β -аррестина-2 в сыворотке крови проводили в 1-е сутки жизни иммуноферментным методом на анализаторе «EL-808» (США). Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью использования пакета прикладных программ Statistica 13.0 (Statsoft Ink, США), программы «Microsoft Excel 2010» (Microsoft, США).

Результаты

Концентрация β -аррестина-2 в 1-ые сутки жизни у глубоко недоношенных новорожденных I группы составила $0,884 [0,736; 1,022]$ нг/мл; во второй – $0,679 [0,517; 0,972]$ нг/мл ($p=0,004$). При этом концентрация β -аррестина-2 в 1-ые сутки жизни в крови новорожденных с артериальной гипотензией статистически не различалась между подгруппами в зависимости от ГВ ($p>0,05$). Концентрация β -аррестина-2 значимо коррелировала с FiO_2 max при респираторной поддержке в родильном зале ($r=0,449$; $p=0,003$); оценкой по шкале NEOMOD в 1 сутки жизни ($r=0,562$; $p<0,001$); MAP ($r=0,405$; $p=0,007$); оценкой уровня боли по шкале EDIN6 ($r=0,441$; $p=0,006$). Возможно повышенная экспрессия белков β -аррестина-2 при развитии неонаталь-



ного шока у глубоко недоношенных детей связана с первичным повреждением кардиомиоцитов с последующей деградацией их клеточных мембран, что приводит к прогрессированию гемодинамических нарушений и вторичному повреждению миокарда с дальнейшим формированием порочного круга.

Заключение

Выявлены достоверные различия в концентрации β -аррестина-2 у глубоко недоношенных детей в зависимости от наличия артериальной гипотензии в 1-е сутки жизни. Полученные результаты целесообразно использовать для прогнозирования гемодинамических нарушений у данной категории новорожденных.

ОСОБЕННОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ У МАТЕРЕЙ С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

**Балашова Е.Н.¹, Ионов О.В.^{1,2}, Киртбая А.Р.^{1,2}, Никонец А.Д.¹,
Михеева А.А.¹, Васильченко О.Н.¹, Зубков В.В.^{1,2}, Шмаков Р.Г.¹,
Дегтярев Д.Н.^{1,2}**

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

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

Введение

В связи с широким использованием в акушерской практике операции кесарево сечения в последние десятилетия отмечается значительное увеличение частоты патологического прикрепления плаценты при повторных беременностях. В медицинской литературе недостаточно сведений о состоянии здоровья детей, рожденных у матерей с вращением плаценты. Как правило, информация ограничивается сведениями о преобладании недоношенности, повышенной частоте задержки внутриутробного развития плода и необходимости в проведении интенсивной терапии таким новорожденных. Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей дыхательных и сердечно-сосудистых нарушений у недоношенных детей, рожденных у матерей с вращением плаценты в сравнении с детьми аналогичного гестационного возраста, родившихся у матерей без вращающейся плаценты.

Материал и методы

Проведено ретроспективное когортное исследование 843 недоношенных новорожденных, 59 из которых рождены у матерей с вращением плаценты. Пациенты были разделены на 2 группы: основную группу составили 59 недоношенных детей гестационного возраста (ГВ) 33 – 36/6 недель, рожденных у матерей с вращением



плаценты, в контрольную группу вошли 784 недоношенных новорожденных соответствующего ГВ, не имеющих фактора вставания плаценты в материнском анамнезе. С учетом ГВ новорожденные были поделены на подгруппы: родившиеся на 33-34 неделе и 35-36/6 неделе беременности. Проведен сравнительный анализ ГВ, масса – ростовых показателей, гендерной принадлежности, оценки по шкале Апгар через 1 и 5 минут после рождения, частоты заболеваемости респираторным дистресс синдромом (РДС), врожденной пневмонией, транзиторным тахипноэ, частоты и длительности использования традиционной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и высокочастотной осцилляторной вентиляции легких (ВЧОВЛ), заместительной терапии сурфактантом, кардиотонических и вазопрессорных препаратов, длительности пребывания в ОРИТН.

Результаты

У недоношенных новорожденных основной группы отмечалась значимо большая масса и длина тела. Ведущей причиной дыхательных нарушений в основной группе являлся респираторный дистресс синдром, значимо превысивший частоту РДС в контрольной группе (в 1,5 раза). В исследуемой группе детей выявлено более частое использование традиционной ИВЛ (ОР [95% ДИ] 1,6 [1,05; 2,4]), и ВЧОВЛ (ОР [95% ДИ] 1,79 [1,29; 2,47]), заместительной сурфактантной терапии (ОР [95% ДИ] 2,12 [1,19; 3,78]), кардиотонической и вазопрессорной терапии препаратами допамин (ОР [95% ДИ] 1,75 [1,32; 2,32]) и добутамин (ОР [95% ДИ] 1,96 [1,37; 2,81]). Выявлено увеличение в 1,7 раз частоты использования ВЧОВЛ и в 2,5 раза частоты использования кардиотонической терапии в подгруппе новорожденных ГВ 33-34 недели основной группы по сравнению с аналогичной подгруппой в контрольной группе. В подгруппе детей ГВ 35-36/6 недель, родившихся у матерей с вставанием плаценты, отмечалась более высокая частота РДС (в 3,6 раза), более частое использование ВЧОВЛ (ОР [95% ДИ] 1,8 [1,2; 2,79]) и заместительной терапии сурфактантом (ОР [95% ДИ] 4,8 [1,35; 17,3]) по сравнению с контрольной группой.

Заключение

Врастание плаценты увеличивает риск развития дыхательных и сердечно-сосудистых нарушений у недоношенных новорожденных. Основной причиной дыхательных нарушений у детей, рожденных у матерей с вставанием плаценты, является РДС. Дополнительным фактором, обуславливающим тяжесть состояния новорожденных ГВ 33-34 недели, являются сердечно-сосудистые нарушения.

КАТАМНЕЗ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Варламова Т.В., Зарипова Ю.Р.



ПетрГУ
г. Петрозаводск

Актуальность

Среди нарушений в углеводном обмене во время беременности ведущее место занимает гестационный сахарный диабет (ГСД). В соответствии с Клиническими рекомендациями «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение» (утв. Министерством здравоохранения РФ 17.12.2013г) ГСД характеризуется гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» сахарного диабета. Выделяют факторы риска, которые увеличивают частоту возникновения ГСД: избыточный вес тела беременной, ожирение с признаками метаболического синдрома, сахарный диабет 2 типа у прямых родственников, возраст женщины старше 30 лет, артериальная гипертензия другие заболевания сердечно-сосудистой системы, рождение предыдущего ребенка с избыточным весом (более 4,0 кг), мертворождение при предыдущих беременностях, врожденные пороки развития сердечно – сосудистой и нервной систем у предыдущих детей, хроническое невынашивание предыдущих беременностей, характеризующееся самопроизвольными абортами в первых двух триместрах, гестационный сахарный диабет при предыдущих беременностях. Беременность на фоне сахарного диабета сопровождается риском развития осложнений как для здоровья плода, так и самой беременной. По данным литературы частота развития осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД достигают почти 80%. Некомпенсированный ГСД влияет на метаболическое программирование ребенка во внутриутробном периоде.

Цель

Оценить влияние нарушений в углеводном обмене беременной по типу ГСД на здоровье ребенка.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 130 истории развития детей (форма 112/у), рожденных от матерей с ГСД, у которых коррекция диабета проводилась только диетой.

Результаты

Выявлено, что возраст беременных в 65% случаев оказался старше 30 лет. Наследственность по сахарному диабету 2 типа былаотягощена в 39% случаев. В анамнезе у матерей в 15% было прерывания беременности на ранних сроках, в 15,3% замершие беременности, в 3,8% внематочная беременность, в 1,5% интранатальная гибель плода. Во время данной беременности отмечалась угроза прерывания в 35% случаев, инфекция мочевой системы в 24%, гипертоническая болезнь в 11%, нарушение жирового обмена в 32,3%. Вес новорожденных более 4 кг выявлен в 12%, менее 2,5 кг в 8%. В 5% случаев диагностирована диабетическая фетопатия, в 5% гипогликемии в раннем неонатальном периоде. У 7% новорожденных выявлены врожденные пороки развития: пороки сердца, пороки мочевой системы. Искусственное вскармли-



ливание с рождением у 5%, грудное вскармливание с рождения до 3-х месяцев в 87%, до 6 мес – в 80%, до 9 мес в 66%. Паратрофия на 1-м году жизни была выставлена в 13,8% случаях, гипотрофия в 18,4%, задержка физического развития в 3,8%. Нарушений в углеводном обмене на первом году жизни у детей диагностировано не было.

Заключение

Таким образом, из факторов риска по ГСД наиболее часто выявлялся возраст беременных старше 30 лет (в 645%), отягощенная наследственность по нарушениям в углеводном обмене и патологии сердечно-сосудистой системы, мертворождение при предыдущих беременностях и самопроизвольные аборт на ранних сроках. При оценке исходов беременности установлено: масса плода при рождении в 80% была в 2,5-4,0 кг. Частота родов крупным плодом была 12%. У 5% новорожденных имелись нарушения углеводного обмена, что не превышает среднестатистический показатель. У 7% детей имели врожденные пороки развития, что превышает среднестатистический показатель в Российской Федерации. Своевременное выявление ГСД позволяет провести своевременную коррекцию данного заболевания уменьшить осложнения течения беременности и обеспечить адекватное метаболическое программирование у детей.

ОРГАНИЗАЦИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ. ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Герашенко Я.Л.

СПб ГБУЗ Женская консультация №22
г. Санкт-Петербург

Актуальность

В течение последнего года весь мир живет в эпоху пандемии Covid-19. Специалисты разных стран на основании собственного опыта и актуальных публикаций издают рекомендации, отражающих оптимальный подход для решения различных ситуаций с позиций противоэпидемической защиты, а также задач по обследованию и лечению соматической патологии и коррекции физиологических процессов.

Цель

Сравнить позицию врачей разных стран мира, Всемирной организации здравоохранения и Минздрава России.

Материалы и методы

Проанализированы доступные публикации, отражающие опыт и подходы к осуществлению грудного вскармливания при подозрении или наличии COVID-19.



Результаты

Оказалось, что позиция врачей большинства стран мира, таких как Канада, Соединенные Штаты Америки, Чили, Бразилия, Франция, Англия, Австралия и Новая Зеландия сводится к инициации и сохранению грудного вскармливания при подозрении на коронавирусную инфекцию, а также подтвержденным Covid-19. При тяжелом состоянии матери предусмотрены возможность временного прекращения грудного вскармливания и проведении кормления сцеженным грудным молоком, донорским молоком, использовать услуги кормилицы. В последнюю очередь рассматривается возможность использования искусственных смесей. В Российской Федерации, несмотря на существующие рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сохраняется консервативный взгляд на необходимость разделения пары мать и дитя даже при подозрении на инфекцию Covid-19, предусмотрен вариант кормления сцеженным нативным молоком, но для осуществления данного процесса требуется принятие локальных регламентов для каждого учреждения здравоохранения. Воссоединение матери и ребенка возможно после получения двух отрицательных результатов анализов, либо положительного результата анализов у обоих. В каком учреждении здравоохранения, оказывающему медицинскую помощь детскому или взрослому населению произойдет воссоединение пары мать и дитя в отечественных рекомендациях не указано.

Заключение

Совершенно очевидно, что для обоснования позиции отечественных организаторов здравоохранения важно предоставить научные данные и ссылки на публикации, либо присоединиться к позиции ВОЗ, исходя из фактов о том, что последствия прекращения грудного вскармливания несут большие реальные риски, чем риск заразиться коронавирусом.

РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БИЛИАРНОЙ АТРЕЗИИ У ДЕТЕЙ

Дегтярева А.В., Исаева М.Х., Филиппова Е.А., Албегова М. Б, Сугак А.Б.,
Пучкова А.А., Докшукина А.А.

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

Введение

Билиарная атрезия (БА) – самое частое врожденное холестатическое заболевание печени, основным методом лечения которого является операция Касаи. Эффек-



В начало

Содержание

Список авторов

тивность лечения, главным образом зависит от сроков ее проведения. Вместе с тем, отсутствие ярких клинических симптомов при рождении и низкая настороженность врачей приводят к поздней диагностике и повышает вероятность развития геморрагического синдрома и других жизнеугрожающих осложнений.

Цель исследования

Изучить ранние клинические проявления заболевания, частоту развития геморрагического синдрома и возраст на момент постановки диагноза у детей с БА.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 118 детей с БА, которым была выполнена операция Касаи и/или трансплантация печени. Все дети находятся под динамическим наблюдением в отделе Педиатрии ФГБУ НМИЦ АГП им. Кулакова. Проанализированы клинические проявления заболевания и данные лабораторно-инструментальных исследований в ранний неонатальный период, частота развития геморрагического синдрома и возраст на момент постановки диагноза.

Результаты

Большинство детей родились доношенными с массой тела при рождении 3050 ± 230 гр, недоношенными родились 8 детей (6,7%) на сроке гестации от 35-36 недель. 3 детей (2,5%), были из двойни. У 4 детей (3,3%) установлена кистозная форма БА, у 2 детей (1,5%) был выявлен BASM синдром. У 90 детей (89%) желтуха появилась на 1 неделе жизни, у 2 детей с 1 суток жизни в сочетании с ГБН, у 6 (5,9%) детей иктеричность кожных покровов выявлена после 7 суток жизни. У 5 детей (4,9%) со слов родителей и медицинской документации нет указаний на наличие желтухи в ранний неонатальный период. У 17 детей не удалось установить сроки появления желтухи. У 64 детей (72%) ахолия стула появилась в течение первой недели жизни после отхождения мекония, у 24 (28%) пациентов отмечено появление обесцвеченного стула со 2-3 недели жизни. У 30 детей отсутствуют данные о сроках появления обесцвеченного стула. Оценка фракций билирубина в раннем неонатальном периоде проводилась только 19 пациентам. У всех отмечено повышение общего ($245 + 48$ мкм/л), и прямого билирубина ($98 + 35$ мкм/л). Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости на 1 неделе жизни было проведено 40 (33%) детям. У всех обследованных отсутствовали патологические эхографические изменения со стороны печени и селезенки, отмечалось сужение просвета желчного пузыря у 36 (90%) детей, у 4 (10%) новорожденных желчный пузырь не визуализировался. У 27 детей (23%) в возрасте 22 ± 4 дней отмечалось развитие геморрагического синдрома, различной локализации: внутричерепные кровоизлияния у 6 детей (22%), гематомы мягких тканей и кожный геморрагический синдром у 10 детей (37%), кровотечения из желудочно-кишечного тракта у 2 (8%), кровотечения из пупочной ранки у 3 (11%) и мест венепункций у 6 (22%). В течение 1 месяца жизни диагноз БА был заподозрен у 31 пациента (26%) из них только 13 детям (11%) – в ранний неонатальный период, в возрасте с 1 до 2 мес – 46 детям (38%) с 2 до 3 мес - 32 пациентам (27%) и 9 детям (7%) в возрасте старше 3 месяцев жизни.



В начало

Содержание

Список авторов

Выводы

Большинство детей с БА родились в срок в удовлетворительном состоянии. Наиболее ранними симптомами заболевания явились желтуха и ахолия стула, появлению которой у более чем 70% детей предшествовало отхождение мекония. Характерной особенностью является повышение прямой фракции билирубина, однако это исследование проводилось только 19 пациентам. У всех обследованных пациентов выявлен сокращенный желчный пузырь при УЗИ, однако это изменение может быть вариантом нормы у детей первых дней жизни так как исследование в большинстве случаев проводится после кормления.

Таким образом, с целью раннего выявления БА всем новорожденным детям с желтухой необходимо детально оценивать цвет стула, исследовать не только общий, но и прямой билирубин, а также проводить УЗИ желчного пузыря строго натощак. Своевременная диагностика БА является залогом эффективного лечения и позволяет предупредить развитие жизнеугрожающих осложнений

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Звягина Ж.А., Цой Е.Г., Михеева Н.А., Власова А.Г., Штейнберг Д.В.

ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет, кафедра педиатрии и неонатологии. ГАУЗ «Кузбасская областная детская клиническая больница им. Ю.А. Атаманова» г. Кемерово

Актуальность

Нейромаркеры – специфические продукты деградации нейрональной ткани. Физиологическая концентрация белка S100 проявляет нейротрофическую активность, а при высоких концентрациях проявляется нейротоксическая активность.NSE, как высокоспецифический маркер нейронов, служит индикатором выявления степени дифференцированности ЦНС.

Цель

Изучение взаимосвязи уровня нейромаркеров с нервно-психическим развитием (НПР) у недоношенных детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Материалы и методы

Наблюдали 14 детей с ОНМТ и ЭНМТ на базе отделения патологии новорожденных ГАУЗ «Кузбасская областная детская клиническая больница им.Ю.А.Атаманова» г Кемерово, рожденных на сроке гестации 27-35 недель (средний срок гестации



29,3±0,59 недель), с массой тела от 690 до 1553 грамм (1221,20±58,99 г). Оценены данные анамнеза, клинической картины в динамике, данные ультразвукового исследования (УЗИ) головного мозга, параклинические исследования (S100, NSE, BNP, тиреотропный гормон (ТТГ), тироксина (Т4)), данные эхокардиографического исследования, а также неврологический статус с использованием шкалы постнатальной оценки гестационного возраста по Дубович (1970 г.) и схем количественной оценки неврологического статуса недоношенных детей с учетом сроков постменструального возраста (Пальчик А.Б., 2008 г.). Анализировали НПР и функциональную зрелость в возрасте 2 недель жизни, в 1 месяц, 1,5 и 2 месяца жизни. В постконцептуальном возрасте (ПКВ) 35-36 недель дети были разделены на две группы: первая группа, 5 детей (36%), уровень НПР развития соответствовал нормальному (более 28 баллов, 75% НПР), вторая группа 9 детей (64%), уровень НПР которых был ниже нормы (менее 29 баллов, НПР ниже 75%). Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ «Statistica 10.0» и MicrosoftExcel на персональном компьютере. Статистически значимыми считались показатели с р-уровнем менее 0,05.

Результаты

При анализе корреляционных связей выявили похожие связи уровня нервно-психического развития, оцененного по таблице Дубовича и шкалам Пальчика. На формирование НПР влияют данные антенатального периода: выкидыши в анамнезе ($r=-0,70$), возраст матери более 27 лет ($r=0,70$), увеличение паритета родов ($r=0,59$), наличие патологии щитовидной железы у матери ($r=-0,66$), наличие внутриутробных инфекций ($r=-0,65$). Постнатально нормальному НПР способствовали отсутствие ретинопатии ($r=-0,78$), отсутствие гемотрансфузий ($r=-0,61$). Показатели ТТГ были в пределах возрастной нормы, однако у детей с нормальным уровнем НПР наблюдались более высокие показатели ТТГ ($7,20\pm0,72$ мкМЕ/мл), чем у второй группы ($3,19\pm0,24$ мкМЕ/мл). Снижение уровня ТТГ у недоношенных младенцев может быть обусловлено «синдромом низкого Т3» у недоношенных. Анализ уровня нейромаркеров показал их высокий уровень в исследуемых группах: NSE после 1 месяца составил $38,14\pm6,14$ нг/мл, уровень протеина S 100 – $1413,17\pm156,46$ нг/мл. У девочек уровень NSE после 1 месяца жизни был меньше, чем у мальчиков ($R=-0,83$). Выявленная связь женского пола с более высокой оценкой по шкале Апгар на 5 минуте ($R=0,77$) и уровнем ТТГ ($R=0,77$), предполагает более высокий уровень



НПР у девочек. Получена отрицательная связь между уровнем белка S100 и возрастом матери ($R=-0,77$), что обуславливает у недоношенных детей возрастных матерей большую вероятность достижения нормального уровня НПР к 35-36 неделям ПКВ.

Заключение

На уровень НПР влияет комплекс антенатальных и постнатальных факторов, наиболее значимые: возраст матери, кратность родов, патология щитовидной железы у матери, наличие выкидышей, ВУИ, гемотрансфузий, ретинопатий у детей. Уровень нейромаркеров у недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ значительно повышен. Выявление более низкого уровня NSE у девочек, меньшего уровня белка S100 у недоношенных детей, рожденных женщинами после 27 лет, свидетельствует о меньшей вероятности поражения головного мозга и более высоком уровне НПР. Учитывая интегративный ответ организма через единый нейро-иммуно-эндокринный механизм, уровень ТТГ может использовать в прогнозировании НПР в 35-36 недель постконцептуального возраста у недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ.

ВЛИЯНИЕ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ ДОКОРМА НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Левадная А.В., Костычева А.А., Пикалова А.А.

Отдел нутритивных технологий Института неонатологии и педиатрии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Вступление

Грудное вскармливание является оптимальным способом питания детей раннего возраста, обеспечения их необходимыми для здорового роста и развития веществами. Тем не менее, по различным причинам в ряде случаев детям грудного возраста необходим докорм сцеженным грудным молоком или адаптированной молочной смесью. При выборе способа докорма важно выбирать такой способ, который минимально влияет на успешность лактации в будущем. Метод докорма должен максимально уменьшить риск последующего нарушения лактации и некорректного захвата груди после возврата на грудное вскармливание. Пересмотренные руководящие принципы ВОЗ не содержат призыва полностью отказаться от использования пустышек, бутылочек и сосок для докорма доношенных грудных детей. Однако существует ряд причин, по которым следует соблюдать осторожность в отношении их использования. В первую очередь из-за существующих физиологических различий между сосанием груди и сосанием бутылочки.

Материалы и методы

В ФГБУ Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова МЗ РФ за период с апреля 2020г по апрель 2021 года проводилось наблюдение



за 105 парами мать-ребенок. Оценивались: способ родоразрешения, факт и длительность прикладывания в родильном зале, потребность, объем и вид докорма, необходимость в консультации специалиста по грудному вскармливанию, наличие проблем, связанных с лактацией. Проводилось анкетирование и очный осмотр женщин и детей. Для долгосрочной оценки влияния разных видов докорма на грудное вскармливание, проводилось обзванивание женщин в 1, 3 и 6 месяцев жизни ребенка. В качестве альтернативного метода докорма применялся докорм через шприц с использованием специальной насадки на шприц доктора Шнейдермана. Все данные получены с добровольного согласия женщин.

Результаты

Из всех женщин, которые были проанкетированы на этапе родильного дома, проследить долгосрочное (до 6 месяцев) влияние на лактацию удалось 93 детям. Все участники исследования разделены на 4 группы: 34 ребенка находились на исключительно грудном вскармливании, 22 ребенка получали докорм сцеженным молоком или смесью через бутылочку, 18 детей получали докорм с помощью шприца со специальной насадкой и 34 ребенка получали питание исключительно через бутылочку в первые 2 недели жизни.

Среди детей, находящихся на этапе родильного дома на исключительно грудном вскармливании, 32 ребенка (95%) детей к 1 месяцу были на грудном вскармливании, 2 ребенка (6%) были на смешанном вскармливании. К 3 месяцам грудное вскармливание продолжалось у 31 ребенка (92%) и 3 ребенка (9%) были на смешанном вскармливании. К 6 месяцам находились на грудном 30 детей (88%) детей, 1 ребенок (3%) был на смешанном и 3 ребенка (9%) - на искусственном вскармливании. У большинства женщин (97%) не отмечалось никаких факторов нарушения лактации на этапе родильного дома отмечены.

Дети, которые получали искусственное вскармливание в первые 14 дней жизни и не были приложены к груди в силу нахождения в инфекционном госпитале. Из них 10 человек (59%) находились на грудном вскармливании к 1 месяцу жизни, 6 детей (36%) к 3 и 6 месяцам жизни. На смешанном вскармливании в первом полугодии находилось 2 ребенка (12%). Несмотря на максимально возможную психологическую и консультативную поддержку женщин, ранние регулярные сцеживания на этапе родильного дома, консультативную помощь по вопросам лактации, грудное вскармливание удалось восстановить после выписки из родильного дома и сохранить до 6 месяцев лишь 1/3 женщин.



В начало

Содержание

Список авторов

Среди детей, которые получали докорм через бутылочку, 9 детей (41%) продолжали получать грудное молоко к 1 месяцу, 7 детей (32%) к 3 месяцам и 6 человек (28%) – к 6 месяцам.

Дети, которые получали докорм через шприц нуждались в помощи специалиста по грудному вскармливанию также часто, как и дети, которые получали докорм через бутылочку. У 98% из женщин были проблемы с лактацией на этапе родильного дома, что сопоставимо с частотой у детей, которые получали докорм через бутылочку. Однако, к концу 1, 3 месяцев жизни грудное молоко получали 13 (73%) детей, а к 6 месяцам – 12 детей (67%). На смешанном вскармливании к 1 месяцу находились 2 детей (12%), к 3 месяцам – 1 ребенок (6%).

Частота грудного вскармливания была достоверно меньше к концу 1 месяца жизни среди детей, которые получали докорм через бутылочку по сравнению с тем, кто докармливался через шприц (41% и 73% соответственно) [OR 0,16; 95 CI, 0,035-0,72].

К концу первого полугодия Частота грудного вскармливания была достоверно меньше к концу 1 месяца жизни среди детей, которые получали докорм через бутылочку по сравнению с тем, кто докармливался через шприц (28% и 67% соответственно) [OR 0,1; 95 CI, 0,021-0,48].

Заключение

Влияние поддержки, оказываемой на этапе родильного дома на успешное грудного вскармливания невозможно недооценить. Способ докорма может оказывать влияние на грудное вскармливания за счет некорректного захвата груди при возврате на грудное вскармливание после кормления через бутылочку. Грудное вскармливание к 6 месяцам удалось сохранить достоверно более часто среди детей, которые получали докорм через шприц, чем через бутылочку. Выбор метода докорма должен определяться не только исходя из стоимости, простоты в использовании, доступности и предпочтений матери, а также исходя из потенциального негативного влияния на последующее грудное вскармливание.

НЕОНАТАЛЬНЫЙ ХОЛЕСТАЗ: ВЛИЯНИЕ СОСТАВА ЖИРОВЫХ ЭМУЛЬСИЙ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ III-ГО ПОКОЛЕНИЯ

**Ленюшкина А.А., Крог-Йенсен О.А., Пупышева А.Ф., Титова К.Ю.,
Амелин И.М., Никитина И.В.**

1. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России)
2. Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им.

И.М. Сеченова Минздрава России»
г. Москва

Актуальность

Для полноценного созревания органов и систем, в особенности у глубоко недоношенных новорожденных, необходимы полиненасыщенные жирные кислоты класса ω -3, ω -6, которые в виде рыбьего жира (РЖ) были включены в состав жировых эмульсий (ЖЭ) III-го поколения для парентерального питания (ПП). ЖЭ III-го поколения различных производителей отличаются как по содержанию РЖ, так и по соотношению растительных масел. Предполагается, что меньшее содержание соевого масла (которое включает гепатотоксичные фитостеролы) и большее содержание противовоспалительных компонентов (ω -3 в виде РЖ и альфа-токоферола в виде оливкового масла) в составе ЖЭ будет способствовать снижению частоты развития неонатального холестаза (НХ), бронхолегочной дисплазии (БЛД) и ретинопатии недоношенных (РН). Однако до настоящего времени эта гипотеза не подтверждена исследованиями у новорожденных.

Цель

сравнительная оценка частоты и выраженности НХ у новорожденных при применении двух видов ЖЭ III-го поколения в составе ПП: первый вид – 10% рыбьего жира (РЖ), 40% соевого масла и 50% кокосового масла (LipoPlus), второй вид – с 15% содержанием РЖ, 30% соевого и 25% оливкового масла (SMOFlipid).

Материалы и методы

Проведено проспективное рандомизированное пилотное исследование, включавшее 272 новорожденных ребенка гестационного возраста (ГВ) от 24 до 40 недель, которым было необходимо назначение ПП в 1 с/ж. Все дети родились в «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России в период с июля 2019 года по декабрь 2020 года и поступили в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН). Критерии невключения в исследование: наличие множественных врожденных пороков развития (ВПР), критического врожденного порока сердца (ВПС), гемолитической болезни плода и новорожденного (ГБН), фето-фетального трансфузионного синдрома (ФФТС). Новорожденные, вошедшие в исследование, были рандомизированы на две основные группы: I-я группа получала в составе ПП ЖЭ LipoPlus, II-я группа – ЖЭ SMOFlipid.

Из исследования были исключены 125 детей, учитывая следующие критерии: 1) длительность ПП менее 5 суток; 2) наследственные болезни обмена веществ, ГБН, ВПС; Сравнение проводили между подгруппами в соответствии с ГВ: Ia (<33 нед., n=17) vs IIa (<33 нед., n= 21); Ib (ГВ $\geq$ 33 недель, n=36) vs IIb (ГВ $\geq$ 33 недель, n=19).

У новорожденных были оценены: показатели биохимического анализа крови (общий билирубин и его прямая фракция, соотношение прямой билирубин/общий билирубин, щелочная фосфатаза (ЩФ), фосфор) на 7-е, 20-е и 30-е с/ж, частота развития и тяжесть НХ, БЛД и РН.

Результаты

Группы и подгруппы пациентов были сравнимы по массе тела, ГВ, оценке по шкале Апгар, полу, частоте оперативного родоразрешения и числу проведенных курсов профилактики РДС. Длительность ПП, частота и длительность инвазивной ИВЛ в группах и подгруппах не различались. Длительность ПП не различалась. Были отмечены статистически значимые различия по уровню ЩФ: при ГВ<33 нед. на 10 с/ж (Ia – Me=324 Ед/л vs IIa – Me=484 Ед/л, $p=0,016$), и у детей ГВ $\geq$ 33 нед. на 30 с/ж (Iб – Me=286 Ед/л vs IIб – Me=480 Ед/л, $p=0,02$). Другие оцениваемые биохимические показатели не различались.

Развитие НХ отмечено только у пациентов ГВ <33 нед., различий в частоте встречаемости между подгруппами не было (Ia 2/17 vs 3/21, $p=1,0$). Выраженность НХ также не различалась. Частота БЛД (средне-тяжелой и тяжелой форм) составила 1/17 vs 4/21 в Ia и IIa подгруппах, однако различия не достигли статистической значимости ($p=0,63$). Доля детей с РН была одинаковой в обеих группах.

Заключение

В представленном пилотном исследовании не получено данных, свидетельствующих о преимуществе одного вида ЖЭ III-го поколения над другим при проведении ПП у новорожденных с первых суток жизни. Использование ЖЭ III-го поколения с более высоким содержанием рыбьего жира и антиоксидантов не ассоциировано с более низкой частотой и выраженностью неонатального холестаза у новорожденных в критическом состоянии. Выявленное повышение щелочной фосфатазы на 10 с/ж у детей, получавших ЖЭ с 15% РЖ и тенденция к повышению частоты БЛД у новорожденных, получавших ЖЭ с 15% РЖ, требуют дальнейшего изучения. Необходимо продолжение данного исследования на большей выборке пациентов с длительным ПП. Учитывая особенности метаболизма липидов при внутривенном введении, отличном от такового при энтеральном вскармливании, немаловажно исследовать липидный профиль крови у данной категории пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ КОМПЕНСИРОВАННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Мирошник Е.В., Рюмина И.И.

Актуальность

Высокое медико-социальное значение сахарного диабета (СД) беременных женщин определяется повышением частоты неблагоприятных исходов беременности, как для матери, так и для новорожденного. Несмотря на значительные успехи в разработке современных методов гликемического контроля при лечении СД



В начало

Содержание

Список авторов

во время беременности, неблагоприятное влияние высокого содержания глюкозы в крови матери на развитие плода и здоровье новорожденного остается чрезвычайно актуальным, и зависит от социальной среды, образа жизни, питания и наличия сопутствующей патологии у беременной женщины.

Цель

Провести клиническую оценку состояния здоровья детей, рожденных у матерей с различными типами компенсированного сахарного диабета.

Материалы и методы

Исследуемую группу составили 1700 детей, родившихся у матерей с различными видами сахарного диабета в период с 2013 по 2017 гг. Сравнивали частоту различных патологических состояний у детей, рожденных у матерей с различными типами компенсированного СД, а также с данными литературы по заболеваемости в общей популяции.

Результаты

Из 1700 детей, вошедших в исследование, родились доношенными 85,1%, недоношенных было 14,9%. Частота врожденных пороков развития также не различалась у детей, рожденных у матерей с СД I типа, СД II типа или ГСД. Частота диабетической фетопатии у детей, рожденных у матерей с СД I или II типа (6,5%), частота гипогликемии при рождении (2,8%) были статистически значимо выше, чем у детей, рожденных у матерей с ГСД (1,9% и 0,4% соответственно). Частота дыхательных расстройств у детей, рожденных у матерей с СД I (20,2%), была статистически значимо выше, чем частота дыхательных расстройств у детей, рожденных у матерей с СД II типа и ГСД (11,2%). У детей, рожденных у матерей с СД I типа чаще развивалась неонатальная гипербилирубинемия (15,5%), чем у детей, рожденных у матерей с СД II типа и ГСД (7,5%), врожденная анемия чаще наблюдалась у детей, рожденных у матерей с СД II типа (13,0%), чем у детей, рожденных у матерей с СД I типа и ГСД (2,5). Частота внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК), некротизирующего энтероколита у детей, рожденных у матерей с СД I типа, СД II типа или ГСД, статистически значимо не различались. Частота инфекционных заболеваний была выше у детей, рожденных у матерей с СД I типа (16,7%), чем у детей, рожденных у матерей с СД II типа и ГСД (7,3%).

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО КОНТАКТА С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19) НА ИСХОДЫ У НОВОРОЖДЕННОГО

Морозов Л.А., Косолапова Ю.А., Ленюшкина А.А., Никитина И.В.,
Крог-Йенсен О.А., Макиева М.И., Караваева А.Л., Шакая М.Н.,

Полуденко Н.Д., Волостных Д.А., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н., Сухих Г.Т.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

С новым возбудителем инфекционного процесса – вирусом SARS-CoV-2 мир столкнулся в конце 2019 года. С началом пандемии в мире инфицированы миллионы человек, в том числе и беременные женщины. Несмотря на многочисленные работы нет единой точки зрения о состоянии здоровья в группе детей, родившихся у матерей, перенесших новую коронавирусную инфекцию.

Цель

Оценить влияние новой коронавирусной инфекции (COVID-19) во время беременности у матери на исходы у новорожденного.

Материалы и методы

Проведено проспективное исследование в период с сентября по декабрь 2020 года на базе «ФГБУ НМИЦ АГП» им. В.И. Кулакова. Проанализировано 6191 ребенок из которых: 3042 ребенка- основная группа (живорожденные- 3027 детей, случаи мертворождения-15), из них 137 детей, матери которых перенесли новую коронавирусную инфекцию COVID-19 во время беременности. Для сравнительного анализа набрана группа контроля 3149 детей (живорожденные- 3137 детей, случаи мертворождения-12), рожденных за тот же период 2019 года.

В группе мертворожденных детей основной группы, матерей, перенесших новую коронавирусную инфекцию, не было.

Результаты

Из 137 детей, рожденных у матерей, перенесших COVID-19 во время беременности было 18 детей, рожденных у женщин с положительным ПЦР тестом на вирус SARS-CoV-2 при поступлении. Дети после рождения были переведены в изолированные боксы, а их матери в специализированный стационар. У 11 из 137 детей неонатальный период осложнился течением инфекционного процесса в виде врожденной пневмонии, острого катарального отита, ринита, ИМВП, везикуллопустулеза. Нарушение адаптации сердечно-сосудистой системы в виде брадиаритмий, больших размеров межпредсердного сообщения отмечалось у 6 детей. Крупновесными для гестационного возраста были 4 ребенка, у 3 детей отмечались геморрагические проявления в виде внутриутробного СЭК в стадии кистообразования, кефалогематомы и ретинальных кровоизлияний. У двух детей отмечался умеренно выраженный синдром угнетения функций ЦНС, у одного ребенка – синдром возбуждения.

В отделение новорожденных из 137 детей, рожденных у матерей, перенесших COVID-19 во время беременности, поступили 113 детей. Домой на 3-4-е сутки после самопроизвольных родов и на 5-е сутки после кесарева сечения были выписаны домой 99 детей, потребовали перевода в ОПННД-9, в ОРИТН- 5. Тяжелое состояние после рождения было у 6 детей, что потребовало наблюдения в условиях ОРИТН сразу после рождения. Все дети были доношенными и наблюдались с основными диагно-



зами: 3 ребенка с критическими ВПС, 3 детей с дыхательными нарушениями. 1 ребенок после рождения поступил в ОХН с ВПР легкого, однако в течении неонатального периода обращает на себя внимание острый катаральный отит.

При сравнении основной и контрольной групп достоверно значимых различий по тяжести состояния детей, потребовавших наблюдения в профильных неонатальных отделениях, выявить не удалось (процент выписанных детей на амбулаторный этап наблюдения из отделения новорожденных 85,3% и 84,4% соответственно). Однако в группе детей, рожденных у матерей, перенесших COVID-19 во время беременности, таких детей оказалось меньше (72,2%).

Заключение

Предварительный анализ данных проведенного исследования достоверной разницы в состоянии здоровья детей в группах не выявил. Однако изменения у детей, рожденных у матерей, перенесших COVID-19 во время беременности имеет незначительные отличия по исходам и относительности длительности пребывания в стационаре., и требуют детального изучения.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА И ОКСИМЕТРИИ ПУПОВИННОЙ КРОВИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА

Самчук П.М., Цароева И.Х., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З., Бештоева А.Х.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) Филиал ГБУЗ «ГКБ имени В.В. Вересаева ДЗМ» «Университетская клиника перинатального акушерства и гинекологии»
г. Москва

Актуальность

В условиях современного акушерства, объективная оценка состояния новорожденных является необходимой для оказания рациональной медицинской помощи, особенно в случаях рождения детей с задержкой роста. Методом оценки состояния новорожденного непосредственно после родов, является исследование газового и электролитного состава пуповинной крови.

Цель

Оценить показатели электролитного баланса и оксиметрии пуповинной крови при развитии задержки роста плода.

Материалы и методы

Проведена лабораторная оценка образцов крови артерии (n=25) и вены пуповины (n=25) от 25 новорожденных после естественных родов в срок и неосложненном течении беременности (контрольная группа), и крови артерии (n=25) и вены



пуповины ($n=25$) после естественных родов в срок с синдромом задержки роста плода (основная группа). Забор образцов крови проводился сразу после рождения ребенка. На пуповину накладывали 2 зажима, на выделенном интервале производили забор крови из артерии и вены аспирационным способом с использованием системы BD Preset™, позволяющей минимизировать преаналитические ошибки. Не позднее 10 мин после забора крови, производилось исследование с использованием газового анализатора ABL800 BASIC.

Результаты

Средний возраст пациенток с неосложненным течением беременности составил $29,6 \pm 2,4$ лет, средний ИМТ – $25,7 \pm 1,4$ кг/м². Из них первородящие составили 50%, у 35% предстояли вторые, у 15% – третьи, четвертые роды. При оценке течения беременности у пациенток этой группы в 23,2% случаев выявлена анемия легкой степени, в 11% – отеки. Средний вес ребенка при рождении составил $3540 \pm 480,8$ гр., средняя оценка по шкале Апгар – 8-9 баллов. Средний возраст пациенток с синдромом задержки роста плода составил $25,1 \pm 2,4$ лет, средний ИМТ – $23,2 \pm 1,5$ кг/м². Первородящие составили 75%, у 25% предстояли вторые роды. Во время беременности в 68,4% случаев выявлена анемия легкой степени, в 38% – маловодие, в 15,8% – отеки, в 17,6% – угроза прерывания беременности. Средний вес ребенка при рождении – $2714 \pm 435,7$ гр., средняя оценка по шкале Апгар составила 8 баллов. Сравнение 18 медиан показателей оксиметрии и электролитного баланса крови из артерии пуповины основной и контрольной групп позволило выявить статистически значимые различия по 10 из них: pCO_2 , $p50$, pO_2 , sO_2 , ctO_2 , $FHbF$, FO_2Hb , FCO_2Hb , FHb , sCa^{2+} . Среднее значение pCO_2 крови из артерии пуповины в основной группе составило 35,3, в контрольной группе – 49,4 мм рт.ст., $p50$ – 25,31 и 26,2 мм. рт. ст. соответственно, pO_2 – 45,7 и 27,1 мм рт. ст., sO_2 – 85,9 и 52,1%, ctO_2 – 17,9 и 10,9 ммоль/л, $FHbF$ – 77 и 62%, FO_2Hb – 87,4 и 51,4%, FCO_2Hb – 0,7 и 0,4%, FHb – 12,8 и 47,7%, sCa^{2+} – 1,37 и 1,07 ммоль/л ($p < 0,05$). Показатели из вены пуповины основной и контрольной групп позволили выявить статистически значимые различия по 9 из них: pCO_2 , $p50$, pO_2 , sO_2 , ctO_2 , $FHbF$, FO_2Hb , FCO_2Hb , FHb . Среднее значение pCO_2 крови из вены пуповины в основной группе составило 45,7, в контрольной группе – 37,6 мм рт.ст., $p50$ – 24,15 и 26,2 мм. рт. ст. соответственно, pO_2 – 35,8 и 25,3 мм рт. ст., sO_2 – 75,6 и 53,3%, ctO_2 – 15,5 и 10,4 ммоль/л, $FHbF$ – 80 и 70%, FO_2Hb – 74,6 и 51,7%, FCO_2Hb – 0,7 и 0,45%, FHb – 24,1 и 47,1% ($p < 0,05$).

Заключение

Полученные показатели оксиметрии и электролитного баланса крови из артерии и вены пуповины при развитии задержки роста плода в отличие от нормы, дают дополнительную информацию, необходимую для объективной оценки состояния новорожденного.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ



ФУНКЦИОНИРУЮЩЕГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Сарыева О.П., Кулида Л.В., Фисюк Ю.А., Харламова Н.В.

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

Актуальность

Несмотря на разработку новых медицинских технологий, одной из актуальных проблем неонатологии по-прежнему остается проблема выхаживания недоношенных новорожденных. Такие дети рождаются с незавершенным гистогенезом и морфо-функциональной незрелостью всех органов и систем, в т.ч. и сердечно-сосудистой, с которой тесным образом связана постнатальная адаптация новорожденных. Функционирующий артериальный проток (ФАП) – одна из значимых и нерешенных проблем патологии сердечно-сосудистой системы у недоношенных новорожденных. Частота встречаемости ФАП у данной категории детей достигает 70%. При открытом артериальном протоке происходит шунтирование крови из аорты в легочную артерию, приводящее к переполнению малого и обеднению большого круга кровообращения, а также к гемодинамическим нарушениям.

Цель

Целью настоящего исследования явилось изучение морфологических и функциональных аспектов функционирующего артериального протока у глубоконедоношенных новорожденных.

Материалы и методы

Для решения поставленной цели было проведено комплексное морфологическое исследование артериального протока, полученного при проведении аутопсии 15 недоношенных новорожденных, умерших в неонатальном периоде, масса тела при рождении которых не превышала 1500 г. Морфологическое исследование включало органомерию, макро- и микроскопическое исследование, гистостереометрию и иммуногистохимическое исследование (с антителами к рецепторам простагландина E2 – PTGER2).

Результаты

Макроскопически проток был белесовато-серый, преимущественно цилиндрической формы, с тонкой гладкой стенкой, длиной 4,03 [3,8; 4,3] мм и диаметром. 2,03 [1,75; 2,35] мм. При морфометрическом исследовании площадь просвета ФАП составила 615957 [196688; 318748] мкм², внутренний периметр – 3568 [1788; 6030] мкм, средний диаметр – 311 [269; 387] мкм и толщина стенки – 97,8 [66,35; 130,89] мкм. Микроскопически артериальный проток представлен неправильно-овальной или вытянутой формы сосудом мышечного типа с преимущественно одинарной эластической оболочкой и тонкой интимой. Последняя включала одноклеточный эндотелий с базальной мембраной и тонкий подэндотелиальный слой из эластических и колла-

геновых волокон. Эндотелий представлен одноядерными клетками различной формы и размеров. Кнаружи отмечена выраженная волнистая нефрагментированная субэндотелиальная эластическая мембрана. Эндотелиоциты тесно связаны с субэндотелиальной мембраной. Медиа состояла преимущественно из гладкомышечных клеток, расположенных по спирали, и незначительного количества эластических и коллагеновых волокон. Наружная оболочка представлена рыхлой соединительной тканью с адвентициальными кровеносными сосудами. В единичных случаях отмечено очаговое утолщение эндотелиального слоя за счет многорядного расположения эндотелиоцитов в зонах формирования интимальной «подушки» и незначительного спазма мышечных волокон. Простагландин E2 участвует в ремоделировании экстрацеллюлярного матрикса, регулирует мышечный тонус, а также ингибирует эластогенез в артериальном протоке. При иммуногистохимическом исследовании выявлена умеренная экспрессия PTGER2. DAB-позитивные включения определялись преимущественно в цитоплазме клеток интимы и меди протока.

Заключение

Таким образом, функционирующий артериальный проток у глубоконедоношенных новорожденных характеризуется незначительной толщиной слоев стенки, однорядным расположением эндотелиоцитов, отсутствием фрагментации субэндотелиальной эластической мембраны, недоразвитием эластических и коллагеновых волокон в меди и умеренной экспрессией PTGER2 в интима и меди протока.

ОТДЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Суворов И.А., Амирханова Д.Ю., Ушакова Л.В., Дегтярева А.В., Албегова М.Б., Пекарева Н.А., Филиппова ЕА, Быкова Ю.К.

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

Актуальность

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, за последние годы увеличилась рождаемость и выживаемость недоношенных детей с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой (ОНМТ) массой тела при рождении, которые составляют группу высокого риска по формированию детского церебрального паралича (ДЦП). В настоящее время в отечественных и зарубежных научных исследованиях нет единого мнения относительно этиологических и патогенетических аспектов ДЦП у глубоконедоношенных детей



В начало

Содержание

Список авторов

Цель

Изучение взаимосвязи между массой тела при рождении, гестационным возрастом, наличием врожденного сепсиса и формированием разных форм ДЦП у глубоко-недоношенных детей, рожденных с массой тела менее 1500 г на сроке гестации до 32 недель.

Материалы и методы

Динамически обследовано 190 детей в возрасте от 1 до 36 скорректированных месяцев, рожденных на сроке гестации 23-32 недели, с массой тела при рождении 450-999 г ($n=78$) и 1000-1499 г ($n=112$). Состояние всех детей при рождении оценивалось как тяжелое. В неврологическом статусе в неонатальном периоде отмечался синдром угнетения ($n=118$), синдром мышечной дистонии ($n=65$), у части детей ($n=32$) отмечался судорожный синдром. По данным нейросонографии (НСГ), у всех детей выявлены признаки структурной незрелости в виде сглаженности рисунка борозд и извилин, повышения эхогенности перивентрикулярных зон, у 11% детей ($n=21$) выявлена перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ), у 43% детей – внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) 1-3 степени ($n=81$). Медикаментозная коррекция синдрома угнетения не проводилась, дети с неонатальными судорогами ($n=32$) получали в качестве противосудорожной терапии фенobarбитал ($n=15$), препараты бензодиазепиновой группы ($n=17$), препараты вальпроевой кислоты ($n=22$).

В процессе катамнестического наблюдения проводилась комплексная оценка состояния нервной системы: дети осматривались неврологом с частотой 1 раз в 2 месяца, всем детям проводилась НСГ в динамике 1 раз в 2 месяца до достижения скорректированного возраста (СВ) 12 месяцев, регистрация электроэнцефалограммы (ЭЭГ) проводилась всем пациентам в СВ 1,6,12,18,24 и 36 месяцев, магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга проведена по показаниям 89 пациентам в СВ 12-36 месяцев. Неврологический осмотр включал в себя рутинную оценку неврологического статуса и определение уровня актуального моторного и психо-речевого развития с использованием шкалы ментального развития Гриффитс (Griffiths).

Результаты

В СВ 36 месяцев моторное и психо-речевое развитие 87% детей ($n=165$) соответствовало возрастной норме, у 13% детей ($n=26$) диагностированы различные формы ДЦП: гемиплегическая форма ($n=8$), спастическая диплегия ($n=8$), атонически-астатическая форма ($n=3$), двойная гемиплегия ($n=7$). В неонатальном периоде у всех детей с ДЦП по данным нейровизуализации (НСГ, МРТ головного



В начало

Содержание

Список авторов

мозга) выявлены структурные изменения (ВЖК 2-3 степени, ПВЛ). В группе детей, рожденных с ЭНМТ, ДЦП развился в 27% случаев ($n=16$), в группе детей, рожденных с ОНМТ – в 8% случаев ($n=10$). В группе детей, рожденных на сроке гестации 27 и менее недель ($n=51$), ДЦП сформировался в 39% случаев ($n=20$), в группе детей, рожденных на сроке гестации 28 и более недель ($n=139$) – в 5% случаев ($n=6$). Среди детей с ЭНМТ при рождении, перенесших врожденный сепсис ($n=22$), ДЦП диагностирован у 12 пациентов (54,5%); среди детей с ОНМТ при рождении, перенесших врожденный сепсис ($n=8$), ДЦП диагностирован у 2 пациентов (25%).

Заключение

Факторами риска формирования ДЦП у глубоконедоношенных детей являются ЭНМТ при рождении, срок гестации 27 и менее недель, врожденный сепсис. У детей с ОНМТ при рождении чаще диагностированы диплегическая ($n=6$) и атонически-астатическая ($n=3$) формы ДЦП; у детей с ЭНМТ при рождении чаще диагностировались тяжелые формы ДЦП – двойная гемиплегия в сочетании с тяжелой задержкой моторного и психо-речевого развития ($n=7$), гемиплегическая форма в сочетании с тяжелой и среднетяжелой задержкой моторного и психо-речевого развития ($n=5$).

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРЕСЕПСИНА КАК МАРКЕРА ВРОЖДЕННОГО ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

**Шарафутдинова Д.Р., Балашова Е.Н., Сухова Ю.В., Кесслер Ю.В.,
Киртбая А.Р., Рындин А.Ю., Голубцова Ю.М., Шакин И.А., Иванец Т.Ю.,
Ионов О.В., Зубков В.В.**

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

Актуальность

Ранняя диагностика инфекционных заболеваний у новорожденных остается сложной задачей из-за неспецифических признаков и симптомов. По этим причинам актуальным является выявление наиболее ранних диагностических маркеров течения инфекционного процесса для дифференциальной диагностики с неинфекционными заболеваниями у новорожденных и является важной приоритетной задачей в неонатологии.

Цель

Оценить диагностическую значимость изменения уровня пресепсина, как маркера врожденного инфекционного процесса, у новорожденных детей.



В начало

Содержание

Список авторов

Материалы и методы

Проведено проспективное исследование 64 новорожденных, родившихся в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России и поступивших после рождения в отделение реанимации и интенсивной терапии им. проф. А.Г. Антонова с января 2020 по февраль 2021 гг. Дети были разделены на 2 группы: Основная группа – новорожденные с течением врожденного инфекционного процесса ($N=30$) и группа контроля – новорожденные без клинических, лабораторных и инструментальных признаков течения инфекционного процесса ($N=34$).

Результаты

Гестационный возраст (ГВ) новорожденных детей, включенных в исследование, составил от 24 до 40 недель. Среди детей из основной группы, с течением врожденного инфекционного процесса, было больше детей с ОНМТ и ЭНМТ, а также меньшего ГВ. В большинстве случаев родоразрешение в обеих группах проводилось путем операции кесарева сечения – в основной группе в 16 случаях (53,3%), во группе контроля – в 22 случаях (64,7%), $p=0,648$. Сравнительный анализ частоты проведения респираторной терапии не выявил статистически значимой разницы между группами в 1 сутки жизни. Однако, на 3 с.ж. дети из группы контроля по сравнению с основной группой реже требовали проведения респираторной терапии, 11 (32,4%) детей в группе контроля и 18 (60%) – в основной группе, соответственно, ($p=0,024$). Статистически значимых отличий в уровне СРБ, лактата на 1 и 3 с.ж. по данным обследования выявлено не было. Уровень пресепсина на 1 с.ж. в основной группе детей был значимо выше, чем в группе контроля, $p=0,015$. При уровне пресепсина равном или превышающем значение 481 пг/мл прогнозировался высокий риск врожденного инфекционного процесса у новорожденных. Чувствительность и специфичность метода составили 91,0% и 60,0% соответственно. Прогностическая ценность отрицательного результата составила 92,3%, прогностическая ценность положительного результата – 55,6%. Статистически значимых отличий в уровне пресепсина между исследуемыми группами на 3 с.ж. не выявлено. Отмечалось значимое снижение уровня пресепсина к 3 с.ж. у 63,3% детей ($N=19$) на фоне проводимой антибактериальной терапии, $p=0,011$. Была выявлена прямая корреляционная связь заметной силы между уровнем пресепсина в 1 с.ж. и нейтрофильным индексом $r=0,561$ $p=0,001$, лактатом $r=0,527$ $p=0,002$, а также умеренной силы с уровнем лейкоцитов $r=0,467$ $p=0,008$. На 3 с.ж. выявлена прямая корреляционная связь умеренной силы между уровнем пресепсина и СРБ $r=0,491$ $p<0,001$. Не было выявлено значимой корреляции между уровнем пресепсина и ГВ, массой при рождении, оценкой по Апгар на 1 и 5 минутах жизни.

Заключение

Пресепсин может являться альтернативным и перспективным маркером при ранней диагностике врожденного инфекционного процесса у новорожденных детей в 1 с.ж. Уровень пресепсина снижается к 3 с.ж. на фоне проводимой антибактериальной терапии у детей с врожденным инфекционным процессом. Для уточнения диагностической ценности данного маркера необходимо проведение дальнейших исследований.



Тематика:

Общественное здоровье

ОБЩЕРОССИЙСКОГО ПРОЕКТА – «РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ШКОЛЫ РОАГ» В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ 2021 Г.

Нестерова Л.А.

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

Актуальность

Необходимость непрерывного и качественного совершенствования профессиональных навыков акушеров-гинекологов на сегодняшний день не вызывает сомнений. РОАГ продолжает активно участвовать в этом процессе, несмотря на пандемию коронавирусной инфекции.

Цель

Оценить участие РОАГ в процессе непрерывного медицинского образования в условиях пандемии в первом полугодии 2021 года.

Материалы и методы

В 2021 году проект Региональных образовательных Школ РОАГ вышел на новый общероссийский уровень и продолжил проведение образовательного процесса в онлайн-формате. Значимость Школ для профессионального развития акушеров-гинекологов была подтверждена официальной поддержкой проекта со стороны Минздрава России (Информационное письмо от 12 февраля 2021 г. № 1387) и активным содействием региональных органов исполнительной власти, главных внештатных акушеров-гинекологов региональных Министерств и департаментов здравоохранения, региональных отделений РОАГ, руководителей крупнейших медицинских вузов.



В начало

Содержание

Список авторов

Результаты

За первое полугодие 2021 г. проведено 11 Региональных научно-образовательных школ РОАГ (далее – Школы РОАГ). В реализации Общероссийского образовательного проекта – Школы РОАГ на 203 круглых столах, семинарах, мастер-классах, пленарных лекциях и совещаниях приняли участие – 8455 специалистов, 18000 подключений, время трансляции на регионы составило 134 часа. Общая статистика по специальностям была представлена следующим образом: акушеры-гинекологи – 86%, неонатологи и педиатры – 2%, врачи УЗИ – 8%, эндокринологи – 1%, онкологи – 1%, другие специальности – 2%.

В первом полугодии существенно обновилась научная программа, расширился круг лекторов: впервые участие в работе Школ приняли зарубежные эксперты-представители научных школ из Италии, США, Бельгии, Германии, Австралии, ЮАР, что дало врачам дополнительные возможности для развития профессиональных мотиваций и компетенций.

Заключение

Школы РОАГ 2021 г. в условиях пандемии продолжают свое развитие в совершенствовании непрерывного медицинского образования акушеров-гинекологов уже в статусе Общероссийского образовательного проекта, опираясь на востребованность в получении новых знаний со стороны региональных специалистов и на поддержку Минздрава России.

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРОВ

Панова И.А., Рокотянская Е.А., Сытова Л.А., Салахова Л.М., Шилова Н.А.

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

Актуальность

Симуляционное обучение в медицине в настоящее время является актуальным.

Цель

Оценить эффективность симуляционных технологий в обучении врачей акушерских стационаров.

Материалы и методы

Проведен статистический анализ результатов обучения врачей акушеров – гинекологов и неонатологов до и после проведения циклов повышения квалификации.



В начало

Содержание

Список авторов

Результаты

На базе ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н.Городкова» Минздрава России почти десять лет действует симуляционно – тренинговый центр для обучения врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов, ординаторов по специальностям акушерство и гинекология и неонатология. Основные формы занятий в центре: симуляционные сценарии с проведением дебрифинга, интерактивные тренинги, тренинги «hands-on», лекции. Циклы повышения квалификации посвящены наиболее актуальным темам. У акушеров, например, это акушерские кровотечения, гипертензивные расстройства, акушерские операции, оценка состояния плода, дистоция плечиков и другие.

Центр оснащен современным оборудованием – роботы-симуляторы, высокорелистичные тренажеры, фантомы, кроме того, сотрудниками кафедры разработан собственный тренажер матки (патент на полезную модель № 198996).

В процессе занятий широко используются дистанционные технологии. Так, например в условиях ограничений, связанных с профилактикой COVID инфекции был реализован тренинг по кардиотокографии, который включал онлайн лекцию с подробным разбором материала и последующую рассылку заданий для самостоятельной работы. В последующем проводился семинар по расшифровке записей КТГ, на котором все участники тренинга получали правильный ответ и могли самостоятельно оценить свои ошибки.

На YouTube – канале нашего симуляционного центра врачам доступны обучающие видео-тренинги по наиболее актуальным акушерским темам, которые сопровождаются пояснениями преподавателей и позволяют при необходимости быстро восстановить в памяти основные моменты выполнения навыка («посмотри и сделай»).

На инстаграм-странице @simcentr_ivanovo постоянно размещается информация о работе центра, новых учебных пособиях, тренингах, публикуются актуальные новости, отзывы врачей о нашей работе, фотоотчеты тренингов. Большой популярностью пользуется рубрика «Мозговой штурм», в которой приводится разбор реальных клинических ситуаций.

Проведенный анализ эффективности использования симуляционных технологий показал, что по данным тест-карт самооценки квалификационных возможностей врачей акушеров-гинекологов установлено достоверное увеличение уровня самооценки по всем практическим навыкам, отрабатываемым на циклах повышения квалификации ($p=0,001$). Установлено достоверное увеличение уровня самооценки выполнения всех изучаемых навыков как у молодых врачей ($p=0,001$), так и врачей со стажем более 10 лет ($p=0,001$), что говорит об эффективности цикла у врачей с разным уровнем подготовки. Оценка выполнения практических навыков по чек-листам, до и после цикла, показывает значительное увеличение качества выполнения таких практических навыков как например оказание реанимационной помощи новорожденному, родившемуся в тяжелой асфиксии, наложение акушерских щипцов, проведение вакуум-экстракции плода, сердечно-легочной реанимации при беременности ($p=0,001$ во всех случаях).



В начало

Содержание

Список авторов

Заключение

Проводимые циклы повышения квалификации показали большую заинтересованность врачей всех специальностей. После прохождения цикла симуляционного обучения отмечается повышение уровня теоретических знаний, качество выполнения практических навыков и самооценка врача, формируются навыки командной работы и правильные алгоритмы действий в различных клинических ситуациях.



В начало

Содержание

Список авторов

Содержание

Тематика:

Акушерство

**3 КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНО
РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ**

Барсегян О.К.

**4 ОСОБЕННОСТИ МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ
В ПЛАЦЕНТЕ И ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ
ПРЕЭКЛАМПСИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ
ТЯЖЕСТИ**

Борис Д.А., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Караваева А.Л., Красный А.М.

**6 РОЛЬ АНТИТЕЛ К ТИРЕОПЕРОКСИДАЗЕ
В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ
В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ У МЫШЕЙ**

Бородин Е.С., Ниаури Д.А., Сафарян Г.Х.

**8 ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛАЦЕНТ У ЖЕНЩИН
С ИНДУЦИРОВАННЫМИ РОДАМИ**

Васильев С.А., Пересада О.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П., Виктор С.А.



В начало

Содержание

Список авторов

**9 АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ
СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ
У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Веселкова Ю.Н., Баев Т.О., Ситникова О.Г., Панова И.А., Назаров С.Б.,
Кузьменко Г.Н., Клычева М.М., Попова И.Г.*

**11 МЕТОДЫ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ (ЭТ)
В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ
В 22–28 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Воробьев Д.В.,
Криволесова Т.А.*

**12 ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ
С ФЕТАЛЬНОЙ МАКРОСОМИЕЙ**

Виктор С.А., Курлович И.В.

**14 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕИНДУКЦИИ И ИНДУКЦИИ
РОДОВ**

Говоруха И.Т., Слюсарь-Оглух Т.И., Джеломанова О.А.

**15 ОСОБЕННОСТИ СИГНАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ
РЕПРОГРАММИРОВАНИЯ МОНОЦИТОВ
У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ**

*Григушкина Е.В., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю., Крошкина Н.В.,
Таланова И.Е.*

**17 ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ
У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ
БЕРЕМЕННОСТИ**

Григушкина Е.В., Малышкина А.И., Таланова И.Е.



В начало

Содержание

Список авторов

**19 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ
БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ
НЕВЫНАШИВАНИЕМ**

Григушкина Е.В., Малышкина А.И., Таланова И.Е.

**20 РОЛЬ АНГИОГЕННЫХ МАРКЕРОВ
В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА**

Зафириди Н.В., Тимохина Е.В.

**22 ИНФЕКЦИЯ SARS-COV-2 У БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН И ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ**

Игнатко И.В., Меграбян А.Д., Якубова Д.И.

**23 РОЛЬ НЕЙТРОФИЛОВ В РЕАЛИЗАЦИИ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Карахалис Л.Ю., Ли Н.В.

**24 ПОСТРОЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

Карахалис Л.Ю., Ли Н.В.

**26 РОЛЬ УЛЬТРАСТРУКТУРНЫХ ПЛАЦЕНТАРНЫХ
НАРУШЕНИЙ В ЭТИОЛОГИИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ
ПЛОДА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Ковалев В.В., Миляева Н.М., Багиянц В.А.

27 АДЕНОМИОЗ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Кодряну Н.П., Иванова Е., Кодряну Д.



В начало

Содержание

Список авторов

**29 ВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ
ПАРАМЕТРОВ НА УРОВЕНЬ ФЕТАЛЬНОЙ
ФРАКЦИИ ПРИ НЕИНВАЗИВНОМ ПРЕНАТАЛЬНОМ
ТЕСТЕ**

Кудрявцева Е.В., Ковалев В.В., Дектярев А.А.

**31 ХАРАКТЕР ЭКСПРЕССИИ ГЕНА ЭСТРОГЕНОВОГО
РЕЦЕПТОРА АЛЬФА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

Курбанов Б.Б., Курбанов Д.Д.

**32 ВЗАИМОСВЯЗЬ СООТНОШЕНИЯ ЭКСПРЕССИИ
ГЕНОВ TLR4 И IL10 В ЦЕРВИКАЛЬНОМ КАНАЛЕ
С РИСКОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

*Мирзабекова Д.Д., Салпагарова З.Х., Меджидова М.К., Сарибекова А.Г.,
Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.*

**34 СТРЕПТОКОККИ ГРУППЫ В И ИХ РОЛЬ
В ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ.**

Оганян К.А., Пачулия О.В., Беспалова О.Н.

**35 ИНФЕКЦИОННЫЙ ФАКТОР СПОНТАННЫХ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ПРИ
МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Оганян К.А., Пачулия О.В., Беспалова О.Н.

**36 УРОГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК
ПРЕДИКТОР ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ
МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Оганян К.А., Пачулия О.В., Беспалова О.Н.



**38 ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ
ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Песегова С.В., Тимохина Е.В., Белоусова В.С.

**39 ВОЗМОЖНОСТИ ПЛАНОВЫХ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ
КОНСУЛЬТАЦИЙ БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ
ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА I И II СТЕПЕНИ**

Печенкина Н.С.

**41 РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЦЕРВИКОМЕТРИИ
В ОПРЕДЕЛЕНИИ РИСКА СПОНТАННЫХ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ,
СТРАТИФИЦИРОВАННЫХ ПО ИНДЕКСУ МАССЫ
ТЕЛА**

Радьков О.В., Гуреева Л.В., Чистякова О.М.

**42 ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПУТЁМ ОЦЕНКИ
ОКИДАТИВНОГО СТРЕССА И УРОВНЯ
АНТИОКСИДАНТОВ**

*Салпагарова З.Х., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., СарIBEKOBA A.Г.,
Меджидова М.К.*

**44 ИСХОДЫ РОДОВ ПОСЛЕ СТИМУЛЯЦИИ
ОКСИТОЦИНОМ**

Самчук П.М., Стрельникова Е.А., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З.

**45 ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА
РАЗВИТИЯ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА**

Самчук П.М., Цароева И.Х., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З.



В начало

Содержание

Список авторов

**46 МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И ДЕФИЦИТ
ВИТАМИНА D**

Сафарова С.С.

**48 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ
ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕНЕРАЦИИ АКТИВНЫХ ФОРМ
КИСЛОРОДА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

*Солдатова Е.Е., Харченко Д.К., Асташкин Е.И., Караваева А.Л., Кан Н.Е.,
Тютюнник В.Л.*

**49 ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ,
БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ**

*Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Вострокнутова А.Ю.,
Сайфутдинова А.Р.*

**51 БЕРЕМЕННОСТЬ И ПАТОЛОГИЯ
ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ**

*Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Степанов С.Ю.,
Василевская Г.В.*

**52 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
И РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ
В ВЫСОКОГОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Таджибоева Н.А., Ящук А.Г., Фаткуллина И.Б., Галеева С.А.

**54 ВЛИЯНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ
НА ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ
МАТЕРИ И ПЛОДА**

Талалаенко Ю.А., Егорова М.А., Талалаенко Л.Р.

**56 КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
БЕРЕМЕННЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

Талалаенко Ю.А., Егорова М.А., Талалаенко Л.Р.



В начало

Содержание

Список авторов

57 НАРУЖНЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА НА ГОЛОВКУ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ. ОПЫТ ГБУ РО «ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

Уманский М.Н., Баранов А.П., Гугуева А.В., Хвалица Т.В.

59 КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АССОЦИИИ У ПАЦИЕНТОК С МАЛОВОДИЕМ ПРИ ДОСРОЧНОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Чистякова О.М., Радьков О.В., Блинова Н.И., Гуреева Л.В.

60 НЕПОЛНОЦЕННЫЙ РУБЕЦ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Шатунова Е.П., Костина Е.А.

Тематика:

Гинекология

62 ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Ващилина Т.П.

65 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ, У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Джеломанова О.А.



В начало

Содержание

Список авторов

**66 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ
СЕТЧАТЫМИ ИМПЛАНТАТАМИ С ПОМОЩЬЮ
ТРАНСПЕРИНЕАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Евсеев А.А., Краснова И.А., Аксёнова В.Б., Пивоварова О.Ю., Суркова Э.С.,
Шишкина Т.Ю.*

**68 АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВО-
ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ**

Елисеев Д.Э., Холодова Я.Г.

**69 ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ
САЛЬПИНГООФОРИТОМ С ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ
В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Зияева Э.Р., Рузиева Н.Х.

**71 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОЙ
КВАДРИПОЛЯРНОЙ РАДИОВОЛНЫ В ЛЕЧЕНИИ
СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЛЕГКОЙ
СТЕПЕНИ У ЖЕНЩИН**

Казакова С.Н., Тетерина Т.А., Аполихина И.А.

**72 ТИПЫ СОСТОЯНИЙ ВЛАГАЛИЩА
В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ**

Карахалис Л.Ю., Пономарева Ю.С.

**73 ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ
НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С КРАУРОЗОМ ВУЛЬВЫ**

Киселева Е.А., Махмутаходжаев А.Ш.



В начало

Содержание

Список авторов

75 ГЛУБОКИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ И АППЕНДИЦИТ

Кодряну Н.П., Иванова Е., Кодряну И.

**76 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ
НАРУШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ**

Кононенко Т.С., Карахалис Л.Ю.

**78 КЛИНИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО –
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ
ДИСБИОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН,
ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ГОРМОНАЛЬНУЮ
КОНТРАЦЕПЦИЮ**

Летуновская А.Б.

**80 МОЛЕКУЛЯРНО – ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ
РАЗВИТИЯ ДИСБИОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН
ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ГОРМОНАЛЬНУЮ
КОНТРАЦЕПЦИЮ**

Летуновская А.Б.

**81 КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ
ЖЕНЩИНЫ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ПРОЛАПСОМ
ГЕНИТАЛИЙ**

Миляева Н.М., Ковалев В.В., Бортник Е.А., Багиянц В.А.

**83 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМБОЛИЗАЦИИ
МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ
МАТКИ**

Пинчук Т.В., Ленский Э.В.

**85 СОСТОЯНИЕ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА
У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ
ЭНДОМЕТРИТОМ**

Смирнова Д.В., Герасимов А.М., Кулида Л.В.



В начало

Содержание

Список авторов

**87 СОСТОЯНИЕ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА
У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ
ЭНДОМЕТРИТОМ**

Смирнова Д.В., Герасимов А.М., Кулида Л.В.

**88 СОВРЕМЕННАЯ ОПЕРАТИВНАЯ ТЕХНИКА ПРИ
КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН**

Собирова М.Р., Курбанов Б.Б.

**90 РОССИЙСКИЕ ПЕССАРИИ ДОКТОРА
ШНЕЙДЕРМАН-ИННОВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ ДЛЯ
ЛЕЧЕНИЯ ИЦН И ПРОЛАПСА ГИНЕТАЛИЙ**

Шнейдерман М.Г.¹, Шнейдерман М.М.²

Тематика:

Онкогинекология

**92 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО
ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АТИПИЧЕСКОЙ
ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ,
ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ В СОХРАНЕНИИ
ФЕРТИЛЬНОСТИ**

Гаджиева Л.Т.^{1,2}, Павлович С.В.^{1,2}, Пронин С.М.², Кометова В.В.²



В начало

Содержание

Список авторов

**93 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ И РДВ
В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ
СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ
С АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ
В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ ПЕРЕД НАЧАЛОМ
ГОРМОНОТЕРАПИИ**

Гаджиева Л.Т.^{1,2}, Павлович С.В.^{1,2}, Пронин С.М.², Кометова В.В.²

Тематика:

Репродуктология

**95 АНТИМЮЛЛЕРОВ ГОРМОН И РЕПРОДУКТИВНЫЙ
ПОТЕНЦИАЛ ЖЕНЩИНЫ**

Барановская Е.И.

**97 ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ПРЕОДОЛЕНИЯ
БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С ОВАРИАЛЬНЫМ
ЭНДОМЕТРИОЗОМ**

Жуковская С.В., Жуковская С.В., Грицева Е.С.

**99 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЧАСТОТУ
НАСТУПЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
У ЖЕНЩИН С СУБОПТИМАЛЬНЫМ
И НОРМАЛЬНЫМ ОТВЕТОМ НА
КОНТРОЛИРУЕМУЮ ОВАРИАЛЬНУЮ
СТИМУЛЯЦИЮ В ПРОТОКОЛАХ ЭКО/ИКСИ**

Нгуен К.Т., Махмадалиева М.Р., Ниаури Д.А., Гзгзян А.М.



В начало

Содержание

Список авторов

100 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТОКОЛОВ ВРТ У ПАЦИЕНТОК-НОСИТЕЛЬНИЦ АНТИТИРЕОИДНЫХ АУТОАНТИТЕЛ

Сафарян Г.Х., Ниаури Д.А., Джемлиханова Л.Х., Гзгзян А.М.

Тематика:

Неонатология

102 КОНЦЕНТРАЦИЯ В-АРРЕСТИНА-2 У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ

*Андреев А.В., Харламова Н.В., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г., Песенкина А.А.,
Кряжева Е.О., Суханова В.С., Танана Д.А.*

104 ОСОБЕННОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ И СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ У МАТЕРЕЙ С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

*Балашова Е.Н.¹, Ионов О.В.^{1,2}, Киртбая А.Р.^{1,2}, Никонец А.Д.¹,
Михеева А.А.¹, Васильченко О.Н.¹, Зубков В.В.^{1,2}, Шмаков Р.Г.¹,
Дегтярев Д.Н.^{1,2}*

105 КАТАМНЕЗ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Варламова Т.В., Зарипова Ю.Р.



В начало

Содержание

Список авторов

107 ОРГАНИЗАЦИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ. ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Геращенко Я.Л.

108 РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БИЛИАРНОЙ АТРЕЗИИ У ДЕТЕЙ

*Дегтярева А.В., Исаева М.Х., Филиппова Е.А., Албегова М. Б., Сугак А.Б.,
Пучкова А.А., Докишукина А.А.*

110 ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Звягина Ж.А., Цой Е.Г., Михеева Н.А., Власова А.Г., Штейнберг Д.В.

112 ВЛИЯНИЕ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ ДОКОРМА НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Левадная А.В., Костычева А.А., Пикалова А.А.

114 НЕОНАТАЛЬНЫЙ ХОЛЕСТАЗ: ВЛИЯНИЕ СОСТАВА ЖИРОВЫХ ЭМУЛЬСИЙ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ III-ГО ПОКОЛЕНИЯ

*Ленюшкина А.А., Крог-Йенсен О.А., Пупышева А.Ф., Титова К.Ю.,
Амелин И.М., Никитина И.В.*

116 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВорожденных ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ КОМПЕНСИРОВАННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Мирошник Е.В., Рюмина И.И.



117 АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО КОНТАКТА С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19) НА ИСХОДЫ У НОВОРОЖДЕННОГО

*Морозов Л.А., Косолапова Ю.А., Ленюшкина А.А., Никитина И.В.,
Кроз-Йенсен О.А., Макиева М.И., Караваева А.Л., Шакая М.Н.,
Полуденко Н.Д., Волостных Д.А., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н., Сухих Г.Т.*

119 ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА И ОКСИМЕТРИИ ПУПОВИННОЙ КРОВИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА

Самчук П.М., Цароева И.Х., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З., Бештоева А.Х.

120 МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНИРУЮЩЕГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Сарыева О.П., Кулида Л.В., Фисюк Ю.А., Харламова Н.В.

122 ОТДЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

*Суворов И.А., Амирханова Д.Ю., Ушакова Л.В., Дегтярева А.В., Албегова
М.Б., Пекарева Н.А., Филиппова ЕА, Быкова Ю.К.*

124 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРЕСЕПСИНА КАК МАРКЕРА ВРОЖДЕННОГО ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Шарафутдинова Д.Р., Балашова Е.Н., Сухова Ю.В., Кесслер Ю.В.,
Киртбая А.Р., Рындин А.Ю., Голубцова Ю.М., Шакин И.А., Иванец Т.Ю.,
Ионов О.В., Зубков В.В.*



В начало

Содержание

Список авторов

Тематика:

Общественное здравоохранение

-
- 126 ОБЩЕРОССИЙСКОГО ПРОЕКТА –
«РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ШКОЛЫ
РОАГ» В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ В ПЕРВОМ
ПОЛУГОДИИ 2021 Г.**

Нестерова Л.А.

-
- 127 СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, КАК
ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ
СПЕЦИАЛИСТОВ АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРОВ**

Панова И.А., Рокотянская Е.А., Сытова Л.А., Салахова Л.М., Шилова Н.А.



Список авторов

Андреев А.В., Харламова Н.В., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г., Песенкина А.А., Кряжева Е.О., Суханова В.С., Танана Д.А.	102
Балашова Е.Н. ¹ , Ионов О.В. ^{1,2} , Киртбая А.Р. ^{1,2} , Никонец А.Д. ¹ , Михеева А.А. ¹ , Васильченко О.Н. ¹ , Зубков В.В. ^{1,2} , Шмаков Р.Г. ¹ , Дегтярев Д.Н. ^{1,2}	104
Барановская Е.И.	95
Барсегян О.К.	3
Борис Д.А., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Караваева А.Л., Красный А.М.	4
Бородина Е.С., Ниаури Д.А., Сафарян Г.Х.	6
Варламова Т.В., Зарипова Ю.Р.	105
Васильев С.А., Пересада О.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П., Виктор С.А.	8
Ващилина Т.П.	63
Веселкова Ю.Н., Баев Т.О., Ситникова О.Г., Панова И.А., Назаров С.Б., Кузьменко Г.Н., Клычева М.М., Попова И.Г.	9
Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Воробьев Д.В., Кривошесова Т.А.	11
Виктор С.А., Курлович И.В.	12



Гаджиева Л.Т. ^{1,2} , Павлович С.В. ^{1,2} , Пронин С.М. ² , Кометова В.В. ²	92
Гаджиева Л.Т. ^{1,2} , Павлович С.В. ^{1,2} , Пронин С.М. ² , Кометова В.В. ²	94
Геращенко Я.Л.	107
Говоруха И.Т., Слюсарь-Оглух Т.И., Джеломанова О.А.	14
Григушкина Е.В., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю., Крошкина Н.В., Таланова И.Е.	15
Григушкина Е.В., Малышкина А.И., Таланова И.Е.	17
Григушкина Е.В., Малышкина А.И., Таланова И.Е.	19
Дегтярева А.В., Исаева М.Х., Филиппова Е.А., Албегова М. Б, Сугак А.Б., Пучкова А.А., Докшукина А.А.	108
Джеломанова О.А.	65
Евсеев А.А., Краснова И.А., Аксёнова В.Б., Пивоварова О.Ю., Суркова Э.С., Шишкина Т.Ю.	66
Елисеев Д.Э., Холодова Я.Г.	68
Жуковская С.В., Жуковская С.В., Грицева Е.С.	97
Зафириди Н.В., Тимохина Е.В.	20
Звягина Ж.А., Цой Е.Г., Михеева Н.А., Власова А.Г., Штейнберг Д.В.	110
Зияева Э.Р., Рузиева Н.Х.	69
Игнатко И.В., Меграбян А.Д., Якубова Д.И.	22
Казакова С.Н., Тетерина Т.А., Аполихина И.А.	71
Карахалис Л.Ю., Ли Н.В.	23

<i>Карахалис Л.Ю., Ли Н.В.</i>	24
<i>Карахалис Л.Ю., Пономарева Ю.С.</i>	72
<i>Киселева Е.А., Махмутходжаев А.Ш.</i>	74
<i>Ковалев В.В., Миляева Н.М., Багиянц В.А.</i>	26
<i>Кодряну Н.П., Иванова Е., Кодряну Д.</i>	27
<i>Кодряну Н.П., Иванова Е., Кодряну И.</i>	75
<i>Кононенко Т.С., Карахалис Л.Ю.</i>	76
<i>Кудрявцева Е.В., Ковалев В.В., Дектярев А.А.</i>	29
<i>Курбанов Б.Б., Курбанов Д.Д.</i>	31
<i>Левадная А.В., Костычева А.А., Пикалова А.А.</i>	112
<i>Ленюшкина А.А., Крог-Йенсен О.А., Пупышева А.Ф., Титова К.Ю., Амелин И.М., Никитина И.В.</i>	114
<i>Летуновская А.Б.</i>	78
<i>Летуновская А.Б.</i>	80
<i>Миляева Н.М., Ковалев В.В., Бортник Е.А., Багиянц В.А.</i>	81
<i>Мирзабекова Д.Д., Салпагарова З.Х., Меджидова М.К., Сарибекова А.Г., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.</i>	32
<i>Мирошник Е.В., Рюмина И.И.</i>	116
<i>Морозов Л.А., Косолапова Ю.А., Ленюшкина А.А., Никитина И.В., Крог-Йенсен О.А., Макеева М.И., Караваева А.Л., Шакая М.Н., Полуденко Н.Д., Волостных Д.А., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н., Сухих Г.Т.</i>	117
<i>Нгуен К.Т., Махмадалиева М.Р., Ниаури Д.А., Гзгзян А.М.</i>	99

Нестерова Л.А.	126
Оганян К.А., Пачулия О.В., Беспалова О.Н.	34
Оганян К.А., Пачулия О.В., Беспалова О.Н.	35
Оганян К.А., Пачулия О.В., Беспалова О.Н.	36
Панова И.А., Рокотьянская Е.А., Сытова Л.А., Салахова Л.М., Шилова Н.А.	127
Песегова С.В., Тимохина Е.В., Белоусова В.С.	38
Печенкина Н.С.	39
Пинчук Т.В., Ленский Э.В.	83
Радьков О.В., Гуреева Л.В., Чистякова О.М.	41
Салпагарова З.Х., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Сарибекова А.Г., Меджидова М.К.	42
Самчук П.М., Стрельникова Е.А., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З.	44
Самчук П.М., Цароева И.Х., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З.	45
Самчук П.М., Цароева И.Х., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З., Бештоева А.Х.	119
Сарыева О.П., Кулида Л.В., Фисюк Ю.А., Харламова Н.В.	121
Сафарова С.С.	46
Сафарян Г.Х., Ниаури Д.А., Джемлиханова Л.Х., Гзгзян А.М.	100
Смирнова Д.В., Герасимов А.М., Кулида Л.В.	85
Смирнова Д.В., Герасимов А.М., Кулида Л.В.	87



<i>Собирова М.Р., Курбанов Б.Б.</i>	88
<i>Солдатова Е.Е., Харченко Д.К., Асташкин Е.И., Караваева А.Л., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.</i>	48
<i>Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Вострокнутова А.Ю., Сайфутдинова А.Р.</i>	49
<i>Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Степанов С.Ю., Василевская Г.В.</i>	51
<i>Суворов И.А., Амирханова Д.Ю., Ушакова Л.В., Дегтярева А.В., Албегова М.Б., Пекарева Н.А., Филиппова ЕА, Быкова Ю.К.</i>	122
<i>Таджибоева Н.А., Ящук А.Г., Фаткуллина И.Б., Галеева С.А.</i>	52
<i>Талалаенко Ю.А., Егорова М.А., Талалаенко Л.Р.</i>	54
<i>Талалаенко Ю.А., Егорова М.А., Талалаенко Л.Р.</i>	56
<i>Уманский М.Н., Баранов А.П., Гугуева А.В., Хвалина Т.В.</i>	57
<i>Чистякова О.М., Радьков О.В., Блинова Н.И., Гуреева Л.В.</i>	59
<i>Шарафутдинова Д.Р., Балашова Е.Н., Сухова Ю.В., Кесслер Ю.В., Киртбая А.Р., Рындин А.Ю., Голубцова Ю.М., Шакин И.А., Иванец Т.Ю., Ионов О.В., Зубков В.В.</i>	124
<i>Шатунова Е.П., Костина Е.А.</i>	61
<i>Шнейдерман М.Г.¹, Шнейдерман М.М.²</i>	90