

Содержание

Список авторов



XII РЕГИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ

ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО
ОБЩЕСТВА АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

Мать и Дитя

26–28 июня
2019 года

г. Сочи



г. Сочи, Конференц-центр
Гостиничного комплекса
Пулман Сочи Центр и
Меркюр Сочи Центр



Сборник тезисов

МАТЕРИАЛЫ

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

26–28 июня 2019 года

**Конференц центр гостиничного комплекса Пулман
Сочи Центр и Меркюр Сочи Центр**

г. Сочи, ул. Орджоникидзе, д.11а

М., 2019 – 124 с.

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

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



Тематика: Акушерство

НЕИММУННАЯ ВОДЯНКА ПЛОДА: ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ

**Кадырбердиева Ф.З., Шмаков Р.Г., Бокерия Е.Л., Тетруашвили Н.К.,
Костюков К.В., Донников А.Е.**

г. Москва

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

Актуальность

Неиммунная водянка плода является сложной полиэтиологической патологией.

Клинически неиммунная водянка плода проявляется избыточным скоплением жидкости в двух и более серозных полостях (брюшная полость, плевральная полость, перикардальная полость) и тканях плода, при отсутствии циркулирующих антител к антигенам мембраны эритроцитов.

Пренатальная ультразвуковая диагностика водянки плода не вызывает трудностей, но при этом выявление этиологии неиммунной водянки плода является сложной диагностической задачей.

Цель

Определить структуру причин неиммунной водянки плода.

Материалы и методы

В исследование включены 80 беременных с неиммунной водянкой плода, обратившихся в НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова с января 2015 по март 2019 гг. В зависимости от клинических признаков, данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований все случаи распределены в одну из 14 категорий заболеваний, приводящих к развитию неиммунной водянки плода.

Результаты

Этиология была выявлена в 82,5% (66/80) случаях. Наиболее часто к развитию неиммунной водянки плода приводили: хромосомные аномалии – 20,0% (16/80), сердечно-сосудистая патология – 18,75% (15/80), инфекции – 8,75%



(7/80). Синдромальная патология, торакальные аномалии и опухоли экстра-торакальной локализации встречались с одинаковой частотой – 7,5% (6/80).

Из категории сердечно-сосудистой патологии наиболее часто к развитию неиммунной водянки плода приводили тахикардии – 33,3% (5/15), в остальных случаях – 66,7% (10/15) в основе лежала структурная патология сердца, выявленная по данным ЭХОКГ.

Случаи неиммунной водянки плода инфекционного генеза были подтверждены лабораторными методами. При этом 57% случаев (4/7) неиммунной водянки плода инфекционного генеза осложнились развитием внутриутробной анемии. Внутриутробные анемии не ассоциированные с инфекционными агентами выявлены только у 2,5 % (2/80).

К категории синдромальной патологии были отнесены случаи множественных пороков развития плода, а также случаи с характерной фенотипической картиной по заключению врача генетика.

Все остальные случаи неиммунной водянки плода были распределены по категориям в зависимости от выявленного порока развития, среди которых наиболее часто встречались крестцово-копчиковая тератома-66,7% (4/6), лимфангиомы-33,3% (2/6), диафрагмальная грыжа-33,3% (2/6), кистозно-аденоматозный порок развития легкого-50% (3/6).

Заключение

Детальное исследование причин неиммунной водянки на пренатальном этапе позволит выделить категорию пациентов, перспективных для проведения антенатальной терапии и фетальных хирургических вмешательств.

Пристальное внимание к проблеме этиологии неиммунной водянки плода связано с тем, что именно она является определяющей при выборе тактики ведения беременности, возможности и перспективности внутриутробного лечения.

ИЗМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО И СИСТЕМНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЯХ ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ

Карапетян Т.Э., Гвенетадзе Ш.Г.

г. Москва

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

Актуальность

Актуальность проблемы оппортунистических вульвовагинальных инфекций определяется наиболее высокой их распространенностью среди всех генитальных воспалительных заболеваний.



Многочисленные исследования свидетельствуют о неблагоприятном влиянии вагинальных инфекций на течение и исход беременности. Данные о роли иммунной системы при вагинальных инфекциях скудны и противоречивы.

В последние десятилетия был открыт новый класс регуляторных молекул, участвующих в передаче сигнала клеткам иммунной защиты, и получившие название «антимикробные пептиды» или «дефензины». Дефензины представляют собой различные группы белков, объединенные на основании их антимикробной активности. В последние годы появились работы о выявлении в эпителии влагалища и цервикального канала дефензинов α и β , обеспечивающих защиту локуса от вагинальных инфекций и действующих как эндогенные антибиотики. Но данные о дефензинах крайне ограничены и требуют углубленного изучения с точки зрения диагностической ценности и роли в механизмах развития вагинальной инфекции и дисбиоза.

Цель

Изучение взаимосвязи оппортунистических вульвовагинальных инфекций с изменением показателей врожденного иммунитета на системном и локальном уровне.

Материалы и методы

Обследовано 59 пациенток с вульвовагинальной инфекцией и 56 здоровых беременных. Состояние врожденного иммунитета на локальном уровне оценивали по содержанию цитокинов цервикальной слизи и профилю экспрессии генов цитокинов в клетках влагалища, а также по антимикробной активности вагинального отделяемого. На системном уровне для оценки состояния иммунной системы изучали ее гуморальное и клеточное звенья в периферической крови.

Результаты

Установлено изменение показателей врожденного иммунитета у пациенток с дисбиотическими нарушениями влагалищной микрофлоры, выражающееся в снижении антимикробной активности вагинального отделяемого и дисбалансе цитокиновой регуляции. Одним из механизмов, приводящих к изменению влагалищного биоценоза может быть нарушение локального иммунитета, выражающееся в снижении активности дефензинов.

Заключение

Снижение локальной иммунологической защиты приводит к бесконтрольному размножению факультативной микрофлоры и замещению облигатной микрофлоры влагалища. Недооценка роли нарушений локального иммунитета в патогенезе вагинальных инфекций в ряде случаев может объяснять неэффективность проводимой антибактериальной терапии и высокую частоту рецидивирования.



ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДОМА СЫВОРОТКИ КРОВИ БЕРЕМЕННОЙ ПРИ МАКРОСОМИИ ПЛОДА И СОЧЕТАНИИ МАКРОСОМИИ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Одиноква В.А., Чаговец В.В., Салимова Д.Ф., Стародубцева Н.Л.,
Кононихин А.С., Франкевич В.Е., Шмаков Р.Г.**

г. Москва

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

Актуальность

Под термином «крупный плод» или «фетальная макросомия» (ФМ) понимают вес при рождении более 4000 г или более 90-го перцентиля для данного гестационного возраста и пола. ФМ является одним из распространенных осложнений беременности, ассоциируется с увеличением риска неблагоприятных исходов, как для матери, так и для плода. Распространенность ФМ в России и во многих странах мира составляет от 5,7-12,7%, достигая в Испании– 18,6%, в провинциях Канады -36%. Антенатальной диагностике ФМ отводится важная роль в определении тактики ведения беременности и родоразрешения. Учитывая, что клинические и ультразвуковые методы оценки предполагаемой массы плода не обладают достаточной точностью, перспективным направлением в прогнозировании ФМ является поиск молекулярных биомаркеров. Известно, что гипергликемия во время беременности является причиной развития ФМ, однако рождение крупных детей встречается и при удовлетворительном гликемическом контроле. Некоторые исследования показали значимую корреляцию с уровнем липидов и массой плода у беременных с контролируемой гликемией. Широко обсуждается роль липидов в развитии ФМ у здоровых беременных. Липиды задействованы практически во всех процессах, протекающих в организме человека, служат источником питательных веществ для развития плода. Существует гипотеза, что липиды также являются инициатором дифференцировки адипоцитов у плода, что объясняет развитие макросомии у беременных с метаболическими заболеваниями. Предполагается, что транспортируемые жирные кислоты активируют факторы транскрипции у плода и иницируют превращение мезенхимальных стволовых клеток в адипоциты.

Цель

создание подхода для анализа и выявления особенностей липидного состава сыворотки крови беременных с макросомией плода с использованием масс-спектрометрии и биоинформатического анализа.

Материалы и методы

В исследование по типу «случай-контроль» были включены 100 беременных с ФМ, с нормальной массой тела плода и с сочетанием ФМ и гестационного сахарного диабета, а также нормальной массы тела плода и гестационного сахарного диабета. Гестационный сахарный диабет диагностировали с



помощью орального глюкозо-толерантного теста с 75 г глюкозы между 24–28 неделями беременности, согласно рекомендациям Международной ассоциации групп по изучению диабета во время беременности (IADPSG). У всех пациенток производили забор сыворотки крови в 11–14 недель, 24–28 недель и в 30–32 недели беременности для дальнейшего анализа липидного профиля. Качественная и количественная оценка липидома сыворотки крови проводили с помощью метода масс-спектрометрии с ионизацией электрораспылением на масс-спектрометре Maxis Impact qTOF (Bruker Daltonics, Бремен, Германия) в режиме положительных ионов m/z 400–1000. Полученные экспериментальные данные были проанализированы с помощью многофакторного метода OPLS-DA с оценкой качества созданных статистических моделей методом перекрестной валидации с разбивкой данных случайным образом на 5 непересекающихся частей.

Результаты

В результате исследования было идентифицированы липиды, относящиеся к пяти классам: фосфатидилхолины, фосфатидилэтаноламины, сфингомиелины, ди- и триглицериды. Показано, что с помощью разработанной статистической модели можно классифицировать образцы по признаку случай-контроль, то есть различать сыворотку беременных с ФМ и сочетанием ФМ и гестационного сахарного диабета. Среди липидов, дающих наибольший вклад в кластеризацию данных, следует отметить триглицериды, изменение уровня которых в крови согласуется с более ранними исследованиями, посвященными сахарному диабету и его биомаркерам.

Заключение

Разработанный метод анализа позволят выявлять отличия липидного профиля сыворотки крови беременных с ФМ и нормальным весом плода. Анализ особенностей липидома сыворотки крови расширяет возможности обнаружения и изучения молекулярных процессов, вызывающих макросомию плода. В результате исследования липидома могут быть предложены не только диагностические подходы, но и разработаны новые алгоритмы ведения беременных с ФМ.



СДЕЛАНО В РОССИИ: ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО- ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРИВЫЧНОГО ВЫКИДЫША

Шнейдерман М.Г., Явельский В.А.

г. Москва

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

Актуальность

Частой причиной преждевременных родов является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) – состояние, при котором происходит преждевременное раскрытие шейки матки у беременных женщин, и как следствие, преждевременные роды. Это патологическое состояние встречается до 9% от общего числа беременных женщин и до 42% у женщин с привычным невынашиванием беременности. Для профилактики и лечения ИЦН применяются акушерские pessaries

Наиболее частыми осложнениями при использовании популярных форм pessaries является возникновение чувства дискомфорта, боли, смещение и выпадение введенных во влагалище pessaries, появление обильных влагалищных выделений и образование пролежней на стенке влагалища.

Цель

В ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» разработан новый вид акушерского pessaria, который выполнен из высококачественного медицинского силикона различной твердости по Шору, определенной упругости и плотности, специально подобранного для оптимального использования.

Материалы и методы

Новая модифицированная модель имеет несколько конструктивных отличий от существующих устройств и надежно препятствует раскрытию шейки матки у беременных женщин при ИЦН, а также предупреждает стрессовое недержание мочи. Принципиально новым в последней модификации акушерского pessaria является наличие четырех выпуклостей с внутренней поверхности кольца, которые сжимают с четырех сторон шейку матки и препятствуют прогрессированию ИЦН.

Результаты

Испытания модифицированной модели акушерского pessaria проведенные на 308 беременных женщинах (при сроках от 18 до 34 недель беременно-



сти) с диагностированной ИЦН показали их высокую надежность и эффективность.

Повышение эффективности и удобства использования пессария достигается за счет того, что внутренняя часть пессария изготовлена из силиконовой резины с твердостью по Шору А–60 ед., а наружная часть из силиконовой резины с твердостью по Шору А–10 ед. или пористой резины, также силиконовая резина содержит 2–4 масс. ч наночастиц серебра.

Использование в наружном слое силиконовой резины с твердостью 10 или пористой резины оказывает минимальное давление на окружающие ткани, не вызывая их раздражения, пролежней, эрозий и растяжения.

Вместе с тем, использование для внутреннего слоя резины с твердостью по Шору 60– ед. позволяет обеспечить требуемую степень сжатия и ограничить осевые и радиальные перемещения устройства.

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

1. За счет четырех симметричных вырезов с наружной поверхности кольца происходит дополнительная надежная фиксация пессария во влагалище.

2. Благодаря четырем выпуклостям, расположенным по внутренней поверхности кольца, предотвращается нежелательное раскрытие цервикального канала у беременных женщин при ИЦН и достигается сохранение беременности.

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

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

5. Отмечается легкость и простота установки и снятия пессария

Оптимальное время использования акушерского пессария – от 14 до 37 недель беременности, после чего пессарий удаляется.

Заключение

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



ЛАКТОСТАЗ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ, ВОЗМОЖНОСТИ УСТРАНЕНИЯ

Герашенко Я.Л.

г. Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ женская консультация №22

Актуальность

Для нормального развития младенца чрезвычайно важно грудное вскармливание, которое препятствует когнитивным и алиментарным нарушениям развития. Грудное вскармливание важно также и для профилактики мастита и рака груди кормящей матери. Однако нарушения лактации встречаются достаточно часто, они создают серьезные проблемы для здоровья ребёнка и матери, а потому выработка эффективных подходов для лечения лактостаза очень актуальна.

Цель

Представить оптимальный алгоритм действий врача для решения проблемы эвакуации молока, обследования, лечения, оценить эффективность лечебной тактики.

Материалы и методы

Ретроспективно проанализированы медицинские карты (МК) 17 кормящих женщин, по факту обращения в клинику в период с декабря 2016 по декабрь 2017гг. с жалобами на нарушение эвакуации молока, боль и дискомфорт, уплотнение ткани молочной железы.

Методы обследования: анамнестический, осмотр, пальпация, ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез (МЖ). Критерии включения в исследования, оценки наличия патологии МЖ основывался на анализе жалоб, стандартных ультразвуковых (УЗ), пальпаторных данных о толщине, плотности, размерах и соотношении тканей.

Результаты

У всех обратившихся за медицинской помощью женщин было диагностировано нарушение лактации. Лактостаз у 15 (88%) женщин, лактационный мастит серозная форма у 1 (6%) женщины. Лактационный мастит гнойно-абсцедирующая форма у 1 (6%) женщины.

Трое женщин были повторно родящими (18%). У двоих родилась двойня (12%).

У 6 (35%) женщин нарушение лактации развилось: до 14 суток от родов. У 5 (30%) от 25 до 60 суток. У 6 (35%) женщин в период с 5,5 до 17 месяцев. Лактостазы в анамнезе имели 2 (12%) женщины.

12 (70%) женщин обратились до 3 суток, 2 (12%) женщин до 7 суток, 3 (17%) женщин от 14 до 30 суток от начала заболевания.

Клинические проявления в виде локального уплотнения в одной молочной железе, болей, нарушение оттока молока имели все пациентки. Повышение



температуры тела выше 36,8оС отмечено у 8 женщин (47%), из них у 5 (29%) выше 38 оС.

Ультразвуковая картина локального отека ткани молочных желез выявлена у всех пациенток. УЗ картина абсцесса МЖ у 1 (6%) женщины.

Тактика лечения, в зависимости от клинической картины, включала в себя: 1. Ручное сцеживание молочных желез по Риордану – 17 женщин (100%).

2. Локальная гипотермия у 13 женщин 76,5 %, после каждого кормления 15 минут.

3. «Траумель С» – мазь для наружного применения гомеопатическая: тубы 50 г., «BIOLOGISCHE HEILMITTEL HEEL GmbH» (Германия) у 7 женщин 41%.

4. Противовоспалительная терапия (Ибупрофен в таблетках 200 мг 2 раза в день) применялась у 7 женщин (41%).

5. Спазмолитики (Дротаверин в таблетках 20 мг. За 15 минут до кормления) применялись у 8 женщин (47%).

6. Раствор Окситоцина 5 МЕ\мл 2 капли интраназально у 4 женщин (23%).

7. Антибактериальная терапия (АБТ) (амоксциллин + клавулановая кислота в таблетках 625 мг. 2 раза в день) у 2 женщин (11%).

8. Оперативное лечение в объеме вскрытие и дренирование абсцесса МЖ выполнено 1 женщине (6%).

Лактацию и грудное вскармливание продолжили все 17 женщин.

Излечение наступило в сроки:

до 3х суток у 10 женщин (59%),

от 4 до 8 дней у 5 женщин (29%).

с 10 до 21 дня у 2х женщин (11%).

Заключение

Наш опыт показывает, что обследование и лечение должно начинаться на первом же приеме. Диагностический минимум: осмотр, УЗИ МЖ. Основным методом восстановления лактации является ручное сцеживание. АБТ целесообразно применять при признаках выраженного воспаления в виде гипертермии выше 40оС, или клинических и УЗ признаках абсцедирования.

Наш опыт работы показывает, что при своевременном обращении и начале лечения возможно сохранение полноценной лактации.

Наличие функционирующей службы помощи женщинам с нарушением лактации позволяет сохранить лактацию и её продолжительность и способствует сохранению здоровья матери и ребенка.



РЕЛАКСАЦИЯ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД СНЯТИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ

Гребенкина И.Л., Печенкина Н.С

г. Киров
КГМУ

Актуальность

Психотерапевтические методы саморегуляции уже широко применяются в общесоматической практике. Основной задачей, решению которой посвящены практически все методики саморегуляции, является – снижение психофизиологической напряжённости, выраженных стрессовых реакций и предотвращение их нежелательных последствий. (В.К.Шамрей, В.И.Курпатов с соавтор. 2012г.)

Состояние расслабления, будучи на первый взгляд, абсолютно естественным для человека, иногда чрезвычайно труднодостижимо. Во время беременности все органы и системы организма работают в «экстремальном» режиме». Очень серьёзную нагрузку испытывает мышечная система, особенно во второй половине беременности. В первом периоде родов целесообразно применение техник дополнительного снятия нервно-мышечного напряжения. Нами использовался метод релаксации для достижения состояния покоя, расслабленности, снижения тонуса скелетной мускулатуры, уменьшению болевых ощущений в период схваток, отдыху между схватками, сохраняя силы к потужному периоду, требующему значительных физических усилий.

Цель

Изучение влияния метода релаксации на нервно-психическое состояние женщины перед родами и первом периоде родов.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 96 беременных, которые проходили стационарное лечение в отделении патологии беременности Кировского областного клинического перинатального центра в 2017 – 2018гг. К 1 группе (n – 56) были отнесены пациентки, посетившие сеансы релаксации в количестве 7 раз. Сеанс релаксации проводился в тихом, изолированном от шумов и яркого света, тёплом помещении, в специально оборудованных креслах. Применялась релаксирующая, расслабляющая музыков природы в течение 30 мин. Дополнительно в кабинете установлен аквариум и тёплые пледы. Сеансы проводились с 14 до 14–30. Перед первым сеансом с беременными проводилась беседа (сбор анамнеза, наличие противопоказаний, обучение технике). Первые 2 сеанса – обучающие (овладение техникой релаксации), «обратная связь» с пациентками после сеанса.

Ко 2 группе (n – 40) отнесены женщины, прошедшие только 1 – 2 сеанса релаксации, с 14 до 14–30 по 30 минут. Средний возраст женщин составлял 1 группа 34(-+) 1,4 г, 2 группа – 27(-+) 1,3г.. В группе 1 первая беременность



наблюдалась у 14,2% (8), повторная 85,7% (48). В группе 2 первобеременные составили 45% (18), повторнобеременные 55% (22). В анамнезе у повторнобеременных в равной степени отмечались искусственные и самопроизвольные аборт, неразвивающаяся беременность, преждевременные роды, роды, осложнённые вторичной слабостью родовой деятельности, длительным безводным периодом и др.. Всем женщинам поводится комплексное обследование, включающее кардиотокографию, ультразвуковое исследование, доплерометрию. Угроза преждевременных родов у женщин обеих групп проявлялась болевым синдромом различной интенсивности.

Психоземotionalное состояние беременных оценивалось с помощью следующих тестов: шкалы HFDS и личного опросника Айзенка. Показано, что в группе 1 и группе 2 преобладали флегматики (33,9% и 35,2% 33 соответственно) и холерики (27,3% и 34,0% 29), а сангвиники (16,6% и 22,1% 18) и меланхолики (22,2% и 8,7% 16) встречались несколько реже. Высокий уровень невротизма отмечался у 3,5% беременных группы 1 и 68,6% 29 женщин группы 2, средний уровень невротизма – у 12,4% и 25,5% 17 женщин, а низкий уровень – у 84,1% и 5,9% 50. Эти результаты демонстрируют то, что развитие различного рода осложнения как в 3 триместре беременности, так и в первом периоде родов тесно связаны с личностными особенностями и высоким уровнем тревожности, а также склонностью к депрессивной реакции.

Результаты

После проведенных сеансов релаксации у женщин обеих групп исчезли клинические симптомы угрозы преждевременных родов, во всех случаях беременность была пролонгирована, значительно повышались результаты лечения женщин, находящихся на стационарном лечении, наблюдалось меньше осложнений в 1 периоде родовой деятельности. Однако у женщин группы 1 по сравнению с женщинами группы 2 отмечался более выраженный эффект по нормализации психоземotionalного состояния. Так, высокий уровень невротизма регистрировался у 23,5% и 43,8% женщин соответственно, средний уровень невротизма – у 21,2% и 24,9%, низкий уровень – 55,3% и 31,3%. Тестирование по госпитальной шкале тревоги/депрессии также выявило значительно снижение проявлений субклинически (32,9% и 53,1%) и клинически (25,8 % и 28,2%) выраженной тревоги/депрессии преимущественно у женщин группы 1.

Заключение

Таким образом, течение угрожающих преждевременных родов и осложнений в 1 периоде родов, независимо от причины, их вызывающей, сопровождается выраженными проявлениями невротизма и развитием тревожно/депрессивных реакций. Включение сеансов релаксации в комплексное лечение имеет положительное влияние на механизмы адаптации при беременности, приводит клинически к стабилизации состояния позволяет не только снизить дозы медикаментозных препаратов, но и существенно нормализовать психоземotionalное состояние беременных.



РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВЕРИФИКАЦИИ ФЕНОТИПОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Русиди А.В., Фурсова Е.Н.

г. Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность

Сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) принадлежит 1-е место в общей структуре смертности взрослого населения РФ. Такая ситуация обусловлена появлением в последние десятилетия целого комплекса факторов риска (ФР), связанных с особенностями образа жизни современного человека. Среди известных факторов СС риска артериальная гипертензия (АГ) занимает особое положение, так как вносит наибольший вклад в структуру смертности. Для успешной борьбы с ССЗ необходимо внедрение технологий массовой диагностики групп повышенного СС риска, к которым, несомненно, относятся женщины с признаками АГ, развившейся на фоне беременности. В аспекте сказанного, для скрининговой оценки особый интерес представляет определение артериальной жесткости, которая является одним из главных предикторов ССЗ.

Цель

Оценить показатели центрального аортального давления во взаимосвязи с давлением на плече для усовершенствования системы терапевтического сопровождения беременных.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 253 беременные, средний возраст $22,1 \pm 2,4$ л. Изучение СС деятельности проводилось с помощью диагностического комплекса BPLab (ООО "Петр Телегин") в формате Vasotens Office. Кроме параметров АД плечевой артерии оценивали такие показатели в аорте, как САД, ДАД, ПАД, СрАД, индекс аугментации (AI_{hao}), амплификацию пульсового давления (PPA). Проводили сопоставление показателей центрального и периферического АД, что позволяло верифицировать разные виды АГ. При выявлении только повышенного ЦАД говорили о скрытой АГ, а при сочетании с подъёмом АД на плече – о системной АГ. Повышение периферического АД при нормальном ЦАД свидетельствовало о ложной АГ. Данные обработаны с помощью пакета программ «Statistica 8.0».

Результаты

Нормотония была выявлена у 220 (87%) беременных, системная АГ – у 7 (2,75%), скрытая АГ – у 19 (7,5%) и ложная АГ – у 7 (2,75%) беременных.

В группах с повышенным клиническим АД выявлено достоверно более высокое значение ПАД_{ao} по сравнению с нормотензивными беременными и беременными из группы скрытой АГ. Беременные со скрытой АГ характеризовались наибольшим значением AI_{hao} по сравнению с остальными группами.



Кроме того, у беременных со скрытой АГ значение РРА было сопоставимо с группой системной АГ.

Частота развития преэклампсии в группах наблюдения составила: среди нормотензивных пациенток 0,9%, в группе системной АГ – 14,3%, скрытой АГ – 10,5%; в группе ложной АГ случаев преэклампсии выявлено не было.

Заключение

Полученные данные позволили установить высокую частоту встречаемости скрытой АГ. При этом следует учитывать невозможность её определения с помощью традиционного способа измерения АД на плече. Отсутствуют и предикторы, которые бы позволили заподозрить возможное наличие скрытой АГ. Практическая важность поднимаемой проблемы подтверждается ассоциированностью такой формы АГ у беременных с высокими значениями маркеров ригидности стенки аорты, с одной стороны, и с достаточно частым развитием преэклампсии, с другой. Это указывает на целесообразность более широкого внедрения метода оценки ЦАД и индекса его аугментации в повседневную работу врача-терапевта, участвующего в ведении беременных женщин.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ХОРИОАМНИОНИТА И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА

Жаппар З. А., Кенжегалиева А. Б., Сафонов Н. А.

г. Алматы

АО «НМУ им. С. Д. Асфендиярова»

Актуальность

Хориоамнионит является одной из актуальных проблем современного акушерства и возникает вследствие инфицирования амниотических вод, плаценты, плода, плодовых оболочек или децидуальной оболочки матки во время беременности и родов. Имеются сведения (США, Великобритания) указывающие на частоту хориоамнионита – от 1 до 5% всех родов. В странах СНГ согласно разным источникам частота встречаемости хориоамнионита варьируется от 0,5 до 10%. Интраамниальная инфекция увеличивает риск возникновения послеродовых гнойно-септических заболеваний вплоть до септического шока, интранатальной и постнатальной инфекционной патологии плода.

Цель

Клинико-лабораторный анализ причин и особенностей течения родов и состояния новорожденных при хориоамнионите.



Материалы и методы

Ретроспективный анализ 68 историй родов с клиническим диагнозом – хориоамнионит. Методы статистического анализа – вычисление корреляции Пирсона.

Результаты

Выявлена достоверная ($p > 0,05$) связь между развитием хориоамнионита в родах и повышенным ИМТ и ожирением пациенток (60,5%). Степень корреляции составила 0,93 что означает сильную положительную связь между ИМТ и количеством встречаемых случаев хориоамнионита. Можно предположить, что морфологическая картина плацент у женщин с избыточной массой тела и ожирением характеризуется циркуляторными, дегенеративно-дистрофическими, и воспалительными нарушениями, причем степень их выраженности нарастает с увеличением индекса массы тела пациентки.

Заключение

1. Проведенное исследование установило сильную положительную корреляционную связь между ИМТ и количеством встречаемых случаев хориоамнионита (степень корреляции 0,93).

2. Степень выраженности нарушений в структуре плаценты, прямо пропорциональна индексу массы тела пациенток.

3. Можно предположить, что избыточный вес и ожирение снижают компенсаторные функции плаценты и снижают её резистентность по отношению к инфекционным агентам, что и приводит к возникновению хориоамнионита.

Полученные результаты требуют проведения дальнейших углубленных исследований.

ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ОСНОВАНИИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА У ЖЕНЩИН В ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА

Ильясов А.Б., Файзырахманова М.М., Юсупбаев Р.Б.

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии

Актуальность

Широкое распространение планирования семьи в развитых и развивающихся странах, в том числе и в Узбекистане, делает чрезвычайно важным вопрос об исходе каждой беременности. Профилактика наследственных болез-



ней должна занимать ведущее место в работе как врача, так и системы здравоохранения.

В нашей Республике, где сложилась сложная ситуация с традиционно высокой рождаемостью, с материнской и детской заболеваемостью и смертностью, определенной частотой родственных браков, остается весьма актуальным развитие пренатальной диагностики для предотвращения рождения инвалидов с наследственными заболеваниями.

Цель

Определить значимую роль проведения ИПД беременным женщинам в группе высокого риска рождения детей с хромосомными патологиями в I триместре беременности.

Материалы и методы

Проведено ретроспективный анализ данных исследования 481 беременных женщин в I триместре беременности (2015–2017 гг.), которым было проведено УЗ и биохимический скрининг в разных сроках гестации.

Результаты

В ходе обследования выявлено:

- у женщин со сроком гестации 9–10 недель – у 3 риск рождения с трисомией по 18 хромосоме, у 3 – возрастной риск рождения с трисомией по 21 хромосоме (всего 6).
- У женщин со сроком гестации 10–11 недель – у 2 риск рождения детей с трисомией по 21 хромосоме, у 3 риск рождения с трисомией по 18 хромосоме, у 2 – возрастной риск рождения с трисомией по 21 хромосоме (всего 7).
- У женщин со сроком гестации 11–12 недель – у 2 риск рождения детей с трисомией по 21 хромосоме, у 3 риск рождения с трисомией по 18 хромосоме, у 6 – возрастной риск рождения с трисомией по 21 хромосоме (всего 11).
- У женщин со сроком гестации 12–13 недель – у 6 риск рождения детей с трисомией по 21 хромосоме, у 6 риск рождения с трисомией по 18 хромосоме, у 12 – возрастной риск рождения с трисомией по 21 хромосоме (всего 24).
- У женщин со сроком гестации 13–14 недель – у 2 риск рождения детей с трисомией по 21 хромосоме, у 1 риск рождения с трисомией по 18 хромосоме, у 4 – возрастной риск рождения с трисомией по 21 хромосоме (всего 7).

Все обследуемые женщины являлись представительницами азиатской расы.

В общей сложности в сроках гестации с 8–14 недель выявлены:

- 12 женщин (2,5 %) с риском рождения ребенка с трисомией по 21 хромосоме;
- 16 женщин (3,5 %) с риском рождения ребенка с трисомией по 18 хромосоме,
- 27 женщин (5,6 %) с возрастным риском рождения ребенка с трисомией по 18 хромосоме.



Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о перспективности и необходимости дальнейшего изучения маркеров сыворотки крови беременных и корреляции их содержания с течением беременности с целью использования результатов пренатального скрининга в прогнозировании и профилактике ее неблагоприятных исходов.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ АНТИ-Д ИММУНОГЛОБУЛИНОМ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМ ПРИ РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ФАКТОРЕ КРОВИ

Исаханов М.А., Шарипова М.Г., Манабаева Г.К.

г. Семей

НАО «Медицинский университет Семей»

Актуальность

Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) является причиной перинатальных и постнатальных осложнений и потерь. В структуре перинатальной смертности патология занимает 5 место. В Казахстане четкой статистики по количеству распространенности аллоиммунизации во время беременности и количеству перинатальных потерь в результате ГБН нет. Но по данным Кобзарь Н. и соавторов, по состоянию на 2014 год, в среднем, в республике происходит до 1667 случаев рождения новорожденных с ГБН различной степени. В системе общественного здравоохранения анти-Д иммуноглобулин человеческий не является доступным, что усложняет выполнение рекомендаций национальных протоколов по иммунизации пациенток с резус отрицательной принадлежностью крови.

Цель

Анализ результатов профилактики сенсibilизации анти-Д иммуноглобулином человеческим при однократном, двухкратном введении в антенатальном периоде и при постнатальной профилактике.

Материалы и методы

Исследование проведено в период с января 2016 года, по январь 2019 года. Всего включено 198 беременных, из них 3 женщины были в другие регионы до окончания беременности. В окончательный анализ включено 195 случаев.

Всего было набрано 3 группы беременных, после 26 недель гестации с отрицательными антителами к резус-фактору: 1 группу составили 104 пациентки не получившие профилактику анти-Д иммуноглобулином во время беременности. Вторую группу составили пациентки, которым была проведена профилактика анти-Д иммуноглобулином в дозе 1250 МЕ в 28 и в 34 недели беременности – 47 пациенток. В третью группу были включены пациентки получившие одно-



кратную дозу анти-Д иммуноглобулина в дозе 1500 МЕ однократно в период между 28 и 30 неделями.

Результаты

В группе не получавшей профилактику во время беременности, желтушная форма ГБН у новорожденных наблюдалась в 4,8% (n=5), анемичная форма в 3,8% (n=4). Во второй и третьей группе, проявлений ГБН не отмечено.

Тест Клейхауэрта-Бетке был проведен всем роженицам в первые 2 часа после родов. Трансфузия фетальной крови более 4 мл наблюдалась у 2,6 % пациенток (n=5). В 3 случаях после экстренной операции кесарево сечение. В 2 случаях после спонтанных срочных родов. В первые сутки после положительного теста Клейхауэрта –Бетке, на введение анти-Д иммуноглобулина в дозе были согласны 2 пациентки, одна из них из второй группы и 1 из третьей. 3 пациентки с трансфузией плодовых эритроцитов отказались от введения анти-Д иммуноглобулина в первые 72 часа. Но впоследствии 2-им из них было введено 1250 МЕ до 28 суток после родов. Анализ сенсибилизации к Rh-фактору, проведенный через 12 месяцев, показал наличие сенсибилизации у 4 пациенток, 3 из которых не получили профилактику сенсибилизацию в послеродовом периоде и у 1 пациентки, получившей отсроченную профилактику на 26 день после родов.

Заключение

В нашем исследовании, кратность и суммарная доза введенного анти-Д иммуноглобулина не имели статистически значимых различий для перинатальных исходов, в следствии малых выборок. При этом отсутствие профилактики, повышает риск развития гемолитической болезни у новорожденного в 8,2 раза. При положительном тесте Клейхауэрта Бетке, ранняя профилактика снижает риск сенсибилизации на 90,1%. В тоже время для оценки результатов отсроченной профилактики необходимы дополнительные исследования.

Доступность анти-Д иммуноглобулина в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, является необходимой мерой для снижения перинатальных потерь в результате гемолитической болезни новорожденного.



НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА

Каюпова Л.С., Мирзахметова Д.Д., Кравцова Т.Г., Манасова И.К.,

г. Алматы

АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»

Актуальность

Высокая частота акушерских и перинатальных осложнений у беременных групп высокого риска обусловлено нарушением в фетоплацентарной системе.

Цель

Разработка и внедрение научно– обоснованных концепций оздоровления женщины – матери, начиная со здорового начала жизни, подготовки к будущему материнству и укрепления репродуктивного здоровья.

Материалы и методы

- При дифференцированном и динамичном наблюдении за беременными на догоспитальном этапе, стандартов обследования и клинических протоколов антенатального наблюдения возможно выявление акушерских и перинатальных осложнений у 20–25%.
- Тщательный отбор беременных, угрожаемых по развитию акушерских и перинатальных осложнений (I этап), проведение клинико-лабораторного скрининга (II этап), коррекция метаболических и компенсаторно-приспособительных механизмов, осуществляющих стабилизацию гомеостаза в организме матери и плода (III этап) позволит снижению акушерских и перинатальных осложнений на 20-27%.
- Проведение материнского скрининга будет выявлять 10 – 15% беременных групп риска по возможной генетической патологии плода. Генетический и неонатальный скрининг позволит снизить частоту рождения детей с врожденными пороками развития и наследственными заболеваниями на 30%, предотвратить глубокую инвалидизацию детей.
- Дородовое оздоровление беременных и предупреждение нежелательной беременности позволяет выявлению различных заболеваний внутренних органов у 30-35% беременных.
- Использование автоматизированных компьютерных программ и математической модели поэтапного прогнозирования дает возможность определить вероятность развития акушерских и перинатальных осложнений в пределах 71-86%.
- Развитая служба планирования семьи, современная контрацептивная технология позволяет снизить количество аборт на 30-40%.



- Системный анализ научной базы данных и экспертная оценка медицинской документации позволяют обосновать региональный подход (коэффициент рождаемости, обеспеченность коечным фондом, укомплектованность кадрами) по снижению материнской смертности:

- регион с низким уровнем материнской смертности (ниже 30 на 100.000 живорожденных);

- регион со средним уровнем материнской смертности (30 -35), имеется тенденция к снижению;

- регион с уровнем материнской смертности выше среднего (35-40), неустойчивый тип снижения материнской смертности;

- регион с высоким уровнем материнской смертности (40 и выше), наблюдается рост показателя материнской смертности.

Результаты

Системный анализ научной базы данных и экспертная оценка медицинской документации позволяют обосновать региональный подход (коэффициент рождаемости, обеспеченность коечным фондом, укомплектованность кадрами) по снижению материнской смертности:

- регион с низким уровнем материнской смертности (ниже 30 на 100.000 живорожденных);

- регион со средним уровнем материнской смертности (30 -35), имеется тенденция к снижению;

- регион с уровнем материнской смертности выше среднего (35-40), неустойчивый тип снижения материнской смертности;

- регион с высоким уровнем материнской смертности (40 и выше), наблюдается рост показателя материнской смертности.

Заключение

Использование в области акушерства и гинекологии современных технологий на уровне мировых стандартов диктует объективную необходимость юридического обеспечения медицинской деятельности, знания медицинского права и соответствующей правовой базы проведения исследований в клинической практике.



АНАЛИЗ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В АКУШЕРСТВЕ

Каюпова Л.С., Терликбаева А.Т., Кравцова Т.Г., Манасова И.К.

г. Алматы

АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»

Актуальность

В Казахстане с 2016 года ведется персонифицированный учет и мониторинг критических состояний (КС) в акушерстве. За три года накоплен определенный опыт, который может быть полезен.

Постоянный анализ КС позволяет выявить имеющиеся проблемы в регионе, дать прогноз на развитие КС, оценить уровень оказания помощи в акушерстве и готовность к оказанию экстренной помощи при развитии КС, оценить результат проводимых мероприятий и разработать меры профилактики.

Цель

Оценка акушерской помощи в регионах Республики Казахстан.

Материалы и методы

1. Сопоставление по регионам доли родов и доли КС в разрезе страны. Это позволяет в определенной мере оценить состояние акушерской службы в регионе.

2. Коэффициенты анализа критических состояний :

$K1 = \text{Роды: КС, т.е. количество родов делим на абсолютное число КС. По стране } K1 = 213, \text{ т.е. 1 случай КС приходится на 213 родов.}$

$K2 = \text{Роды: МС, количество родов делим на абсолютное число случаев МС. По стране } K2 = 8140, \text{ т.е. 1 случай МС приходится на 8140 родов.}$

3. Коэффициент $K3$: соотношения КС (абсолютное число) к МС (абсолютное число). $K3 = \text{КС:МС}$, оценивает выживаемость пациенток в критическом состоянии, значит оценивать состояние неотложной, экстренной помощи, адекватности терапии при КС.

4. Следующий этап анализа-изучение структуры КС в разрезе регионов.

Основные нозологии в структуре КС: АК-акушерские кровотечения, ПРЕ/Э-преэклампсия/эклампсия, ЭГЗ-экстрагенитальные заболевания, ГСЗ-гнойно-септические заболевания, прочие (акушерская эмболия, ТЭЛА, анафилаксия, травмы). Рассчитывая долю вклада каждой нозологии в структуру КС в регионе в динамике, можно выявить слабые звенья в оказании помощи в регионе, что позволяет принимать конкретные решения по их устранению.

5. Длительность нахождения пациентки в КС по нозологиям. Оценка увеличения сроков нахождения в КС позволяет оценить своевременность и адекватность оказания помощи при развившемся КС, т.к. причиной удлинения сроков КС являются, как правило, осложнения вследствие дефектов в оказании неотложной помощи.



Результаты

Изучены основные нозологии в структуре критических состояний: АК-акушерские кровотечения, ПРЕЭ/Э-преэклампсия/эклампсия, ЭГЗ-экстрагенитальные заболевания, ГСЗ-гнойно-септические заболевания, прочие (акушерская эмболия, ТЭЛА, анафилаксия, травмы).

Динамическое проведение анализа критических состояний позволяет определить качество медицинской помощи беременным начиная с первичной медицинской помощи (на амбулаторном этапе) и до 3 го уровня регионализации акушерской и перинатальной помощи (перинатальные и Республиканские центры).

Заключение

Анализ критических состояний беременных, рожениц и родильниц позволяет оценить уровень оказания акушерской помощи в регионах, выявить проблемные направления, характерные для каждого региона. Динамическое проведение анализа определяет изменения, происходящие в регионе и указывает на появление положительных сдвигов в решении проблем, начиная с уровня ПМСП и до 3 уровня регионализации перинатальной помощи, а также республиканского уровня.

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПРИЧИНА КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Кравцова Т.Г., Каюпова Л.С., Манасова И.К., Насырова Ш.Т., Якупова Г.М.

г. Алматы

АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»

Актуальность

Актуальность проблемы послеродовых гнойно-септических заболеваний (ГСЗ) обусловлена их высокой распространенностью и устойчивой тенденцией к повышению заболеваемости.

Неуклонный ежегодный прирост гнойно-септических заболеваний уже не вызывает сомнения, причем в некоторых регионах эта доля постоянно превышает среднереспубликанский уровень. Это вызвано как абсолютным увеличением случаев осложнений, так и неполноценной регистрацией всех КС, что изменяет структуру КС по региону.

Цель

Анализ критических состояний беременных, рожениц и родильниц обусловленных, гнойно-септическими заболеваниями.



Материалы и методы

Ретроспективный анализ истории родов, индивидуальных карт беременных из регионов Республики Казахстан.

Результаты

Послеродовой сепсис регистрируется в 0,2-0,3% от всех родов. В Казахстане за 2017 год послеродовой сепсис зарегистрирован в 0,005% от всех родов и 4,2% в структуре материнской смертности.

Таким образом вышеуказанные данные позволяют сделать определенные выводы:

- прирост доли кесарева сечения среди родов с 17% в 2015 г до 18,8% в 2017 г, является существенным фактором риска развития гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде.

- продолжается неполная регистрация критических состояний по гнойно-септическим осложнениям.

- имеет место недостоверность статистики учета септических осложнений по медицинским организациям.

- повышается доля гнойно-септических заболеваний в структуре КС и МС.

Заключение

При своевременной диагностике, своевременном начале комплексного лечения прогноз относительно благоприятный, летальность низкая. Чем более отсрочены по времени диагностика и лечение, тем выше риск развития критического состояний, снижения материнской и перинатальной помощи.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Курочка М.П., Волокитина Е.И.

г. Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность

Преждевременные роды мультифакториальны и имеют большое медицинское значение, поскольку определяют уровень перинатальной смертности и заболеваемости. Каждый год более 10% детей рождается преждевременно в странах мира. Согласно данным ВОЗ, превалирует смертность новорожденных в сроке гестации до 27 недель 6 дней включительно. Недоношенность – основная причина смерти новорожденных детей во всем мире. У выживших детей высок риск целого ряда осложнений как ранних, так и отсроченных. Хотя все органы недоношенного ребенка являются незрелыми, наиболее сильно страдают головной мозг и легкие, что нередко приводит к отдалённым неврологическим и соматическим расстройствам. Многие из выживших недоношенных



детей обречены на инвалидность. Несмотря на то, что выживаемость детей с экстремально низкой массой тела увеличивается, остаётся множество нерешённых вопросов, связанных с качеством жизни этих детей.

Цель

Цель нашей работы: изучить исходы для новорожденных при очень ранних преждевременных родах.

Материалы и методы

Мы провели ретроспективный анализ исходов для новорожденных при очень ранних преждевременных родах. Было отобрано 87 историй родов в сроке 22-27 недель 6 дней, произошедших в течение 2011 года в Ростовском областном перинатальном центре.

Результаты

В нашем исследовании очень ранние преждевременные роды отличаются от всей когорты преждевременных родов ближайшими и отдаленными исходами для новорожденных. При рождении более низкие оценки по шкале Аргар имели новорожденные при спонтанных преждевременных родах по сравнению с индуцированными, однако на 5 минуте оценки выравнивались и всем новорожденным требовалась высокотехнологичная реанимационная помощь. Умерло до месяца из 87 родившихся слишком рано – 46, что составило 52, 9%. Причиной гибели явились внутриутробная или развившаяся генерализованная инфекция с развитием органной недостаточности. Погибли в дальнейшем до 5 лет еще 6 новорожденных от соматических заболеваний, что составило 6,9%. Всего пережили 5-летний рубеж 35 новорожденных (40,2%). Сроки прерывания беременности статистически значимо отличаются между умершими (менее 26 недель) и выжившими новорожденными (более 26 недель) ($p < 0,001$). Среди выживших 19 (54,3%) детей здоровы, 16 (45,7%) инвалиды. Метод родоразрешения не влиял на ближайшие и отдаленные исходы для родившихся слишком рано.

Заключение

- исходы для новорожденных, родившихся слишком рано зависят от срока беременности и не связаны с методом родоразрешения.
- наилучшие результаты состояния здоровья новорожденных связаны с прерыванием беременности после 26 недель беременности.



ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ III УРОВНЯ

Куценко И.И., Галустян М.В., Боровиков И.О.

г. Краснодар

Кубанский государственный медицинский университет

Актуальность

Кесарево сечение (КС) в настоящее время является наиболее распространённой родоразрешающей операцией, и его частота по РФ в среднем составляет 15-16%, достигая 30-40% и более в перинатальных центрах, и не имеет тенденции к снижению. Стремление сохранить здоровье матери и ребенка – веская и единственная причина, которая способна оправдать число абдоминального родоразрешения. Принятая в России классификация показаний к операции КС не позволяет выделить время проведения операции (во время беременности или в родах), паритет пациентки и другие анамнестические данные, которые помогут более объективно оценить критерии оказания акушерской помощи. Разработанная М. Robson (2001) и принятая в большинстве Европейских стран, 10-групповая классификация КС, позволяет акцентировать внимание и мониторировать акушерские практики, оказывающие наибольшее влияние на возрастание уровня КС и таким образом улучшать оказание акушерской помощи. Еще одной проблемой стала достоверная оценка эффективности абдоминального родоразрешения в родовспомогательных учреждениях. Разброс в частоте КС и ПС между различными регионами и родовспомогательными учреждениями различного уровня может быть весьма существенным. Доказать обоснованность определенного процента частоты КС в каждом конкретном учреждении здравоохранения и регионе можно с помощью коэффициента эффективности кесарева сечения (КЭКС).

Цель

По результатам ретроспективного исследования архивного материала двух родовспомогательных учреждений III уровня Краснодарского края (Перинатальные центры ГБУЗ ДККБ – 6999 родов за год и ГБУЗ ККБН№2 – 7783 родов за год) провести анализ оперативной активности (классификация М. Robson (2001) и показателей перинатальной смертности (коэффициент эффективности кесарева сечения – КЭКС) за 2017 год.

Материалы и методы

Истории родов двух Перинатальных центров г. Краснодара за 2017 год, журналы операций.

Результаты

Установлено, что в Краевом Перинатальном Центре ГБУЗ ДККБ за 2017 год количество операций кесарево сечение (КС) составило 35,8%. Основную



долю всех КС составили пациентки I и V групп классификации М. Robson – 29,8 и 26,2% соответственно. Высокий показатель КС в 1-й группе в первую очередь объясняется концентрацией в стационарах III уровня беременных с ОАГА (ВРТ, возрастные первородящие, эндокринная патология и др.), что способствует развитию аномалий родовой деятельности и в дальнейшем потребовать экстренного оперативного родоразрешения. Также повышение оперативной активности в данной группе обусловлено показаниями со стороны плода – интранатально выявленной внутриутробной гипоксией, декомпенсацией плацентарной недостаточности. Рост оперативной активности за счет V группы имеет объективные причины, заключающиеся в повышении количества пациенток группы высокой степени риска с рубцом на матке после КС. Это объясняет достаточно высокий показатель операций и за счет VIII и IX групп (7,5 и 7,4% соответственно), учитывая концентрацию в стационаре III уровня беременных с многоплодием и неправильными положениями плода, в сочетании с оперативными родами в анамнезе. Пациенты, составляющие X группу (6,4%), также отмечают специфику работы данного акушерского стационара – преждевременные роды в сочетании с неправильными положениями плода и оперативными родами в анамнезе. В Краевом Перинатальном Центре на базе ККБ №2 за 2017 год количество абдоминальных родоразрешений составило 27,6%. Наибольший показатель КС показала V группа – 38,7%. Это объясняется прежде всего концентрацией в данном родовспомогательном учреждении пациентов с оперативными родами в анамнезе (наличие у пациенток одного, двух, трех рубцов и т.д. после оперативного родоразрешения). А вот пациенты I группы составили меньший процент, чем в КПЦ ГБУЗ ДККБ – 20,2%, что объясняется применением в родах комплексной оценки интранатального состояния плода (биохимических маркеров ишемии и ацидоза). Однако для более точной оценки пациентов I группы необходима детальная оценка состояния новорожденного после рождения. Показатели II группы – 8,9% (индуцированные роды или плановое КС у первородящих) выше, чем в КПЦ ДККБ (6,0%), за счет концентрации пациенток с тяжелой экстрагенитальной патологией. Высокий показатель за счет X группы (15,5%) обусловлен прежде всего наличием пациенток, которым вынужденно проведено досрочное родоразрешение (чаще всего с тяжелыми формами преэклампсии и декомпенсацией экстрагенитальной патологии). КЭКС в обоих Перинатальных центрах низкий или «плохой» (0,5 в ККБ №2 – «низкий» и 0,15 в ДККБ – «очень низкий»), что в первую очередь объясняется концентрацией пациенток с патологически протекающими беременностями, тяжелой экстрагенитальной патологией, преждевременными родами, которые влияют на оперативную активность и показатели перинатальной смертности.

Заключение

Проведенный анализ оперативной активности в Перинатальных центрах г. Краснодара, согласно классификации М. Robson и КЭКС, показал обоснованность высокого уровня абдоминальных родоразрешений в данных родовспомогательных учреждениях.



ОЦЕНКА ПРОСВЕЩЕННОСТИ ЖЕНЩИН В ВОПРОСАХ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ

Нигматуллин А.И., Петрейкина И.Е.

г. Чебоксары
ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова»

Актуальность

По данным Росстата количество детей, рожденных больными в 2017 году (528,5 тыс. чел), в 3 раза выше, чем в 1990 (169 тыс. чел), и в 1,7 раз выше численность детей с врожденными аномалиями (1,8% – 1990 год, 3,1% – 2017 год). Запланированная беременность снижает вероятность формирования врожденных пороков развития (ВПР). Прегравидарная подготовка (ПП) – это комплекс мероприятий, направленных на подготовку супружеской пары к полноценному зачатию, вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка.

Цель

Повысить просвещенность женщин в вопросах подготовки к беременности.

Материалы и методы

В период июнь-октябрь 2018г. опрошено 130 девушек на разных сроках беременности (20-32 нед.); с ними проведена беседа о необходимости ПП.

Результаты

В ходе опроса выявлено, что 78 девушек (60%) готовились к беременности, а именно 85% из них отказались от «вредных привычек» и посетили акушера-гинеколога, каждая вторая и каждая третья девушка принимали йод и фолиевую кислоту, 10 девушек (8%) обследовались на инфекции передающиеся половым путем (ИППП). В 28 случаях вышеуказанные пункты соблюдали оба родителя, в 79% – только будущая мать. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что не все участницы опроса обладают необходимыми знаниями о подготовке к беременности и нуждаются в получении информации.

ПП включает несколько этапов. Первый – консультирование – осуществляется врачом, узнавшим о репродуктивных намерениях пары. Второй этап – первичное обследование пар (сбора анамнеза, осмотр и исследование по системам органов). Проводится акушерско-гинекологическое обследование с взятием материала для выявления ИППП, вирус папилломы человека (ВПЧ), PAP-теста. Для исключения резус-конфликта, TORCH-инфекций, железodefицитных состояний, определения концентрации ТТГ и Т4, уровня гомоцистеина, витамина D проводится лабораторное исследование крови. Девушкам проводится УЗИ органов малого таза и молочных желез (маммография – пациенткам старше 35 лет), консультация стоматолога и оториноларинголога обоим партнерам. Если по результатам исследования отклонений не выявлено, следующий этап – профилактические рекомендации условно здоровым парам.



Следует обсудить с обоими партнерами исключение табакокурения, употребления алкоголя и наркотических средств, сообщить о необходимости нормализация режима дня и сбалансированного питания. Следует провести вакцинацию пациентки против вируса кори, краснухи и ветряной оспы не менее чем за 3 мес. до зачатия, если этого не было сделано ранее. На протяжении 3 месяцев до зачатия обязателен прием фолатов 400-800 мкг/сут. для профилактики дефекта нервной трубки плода и других пороков развития. В йоддефицитных регионах с целью профилактики эндемического кретинизма и врождённых заболеваний щитовидной железы у ребенка рекомендован прием йодидов в дозе 250 мкг/сут женщинам, 100 мкг/сут – мужчинам. При снижении показателей красной крови для профилактики кислородного голодания плода назначается железо в индивидуально подобранной дозировке. Желателен прием витамина D в дозе 600-800 МЕ/сут для профилактики рахита у ребенка, физиологического течения кальциефосфорного обмена у беременной. Если по результатам второго этапа выявлены отклонения в состоянии здоровья, супружеской паре назначают углубленное обследование и лечебно-профилактические мероприятия.

Заключение

Не все женщины проходят ПП или делают это не в полном объеме. Проведенная нами беседа повысила просвещенность будущих рожениц, что, как следствие, приведет к более ответственному планированию беременности у них в будущем. Системно проводимая ПП позитивно влияет на популяционные показатели, т.к. уменьшается материнская и перинатальная смертность, распространённость ВПР.

БЕРЕМЕННОСТЬ И САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Печенкина Н.С.

г. Киров

Кировский государственный медицинский университет

Актуальность

Заболеваемость (на 1 тысячу родов в 2015 году) составила: гипертензия во время беременности Российская Федерация – 58,3, Приволжский федеральный округ – 56,3 и Кировская область – 8,4, сахарный диабет – соответственно 23,6, 12,4 и 46,5; мочевыводящих путей – 51,1, 62,3 и 53,4; анемия – 236,3, 266,5 и 197,9, болезни системы кровообращения – 55,4, 65,9 и 19,6; венозные осложнения – 19,8, 20,5 и 8,4 (Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации 2016г.). Здоровье беременной главная и сложная задача в акушерстве.



Цель

Проанализировать новые подходы к санаторно-курортному лечению во время беременности через десять лет, учитывая, современные аспекты: экономические, медицинские, социальные.

Материалы и методы

Был проведен ретроспективный санаторно-курортного лечения беременных по архивным материалам санатория «АВИТЕК» за 2008 год (680) группа №1 в сравнении с 2018 годом (116) – группа №2 (дневного пребывания). Отбор в санаторий проводился в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.05.2003г. №207 «Об организации оздоровления беременных женщин в санаториях и санаториях-профилакториях» и приказом Департамента здравоохранения Кировской области и Государственного учреждения – Кировского регионального отделения Фонда социального страхования РФ от 06.02.2006 г. №61/24-А «Об организации оздоровления беременных женщин в условиях санатория».

Результаты

В №1 из районов области 217-31,9%, из женских консультаций города составили 463-68,1%, № 2 соответственно 3,5% и 96,5% (113). Выписано досрочно в группе №1 из санатория было беременных -1,6%* (11 – все переведены в стационар для лечения в 50% было утяжеление состояния инфекции мочевыводящих путей, в других случаях при проявлении признаков угрозы преждевременных родов), № 2 – 0,8% (1 по семейным обстоятельствам). Экономический фактор: 2008 году только 6% (41) беременная прошли курс лечения за свой счет, всем остальным была предоставлена путевка из бюджетных средств Кировской области, в №2 соответственно 96,6%* и 3,4%. По срокам беременности: в группе №1 до 20 недель 32,3% (220), до 28 недель беременности 47% (320), от 28 недель и выше 20,7% (110) беременных, в №2 0%, 3,4% и 96,6%. Средний возраст женщин, №2 составил $33,2 \pm 0,2^*$ лет., в группе №1 $25,4 \pm 0,2$ лет (* – здесь и далее – различия с группой 1 и 2 достоверны, $p < 0,05$). Социально-экономическое положение: №2 служащих -70,6%, учащиеся специальных и высших учебных заведений – 16,3%, неработающие – 12,8%, в группе №1: 70,6%; 15%; 14,4%. Брак был зарегистрирован №2 у 98,2%*, в гражданском браке состояли 1,8%*, одиноких не установлено, №1 – 49,4%; 43,8%; 6,8%. В №1. У 58% (395) беременных общая прибавка веса наблюдалась за курс $0,6 \pm 0,1$ кг., и у 42% $1,8 \pm 0,1^*$ кг., №2 $-0,2 \pm 0,1$ кг. Экстрагенитальная патология №2 у беременных 100%* и №1 – 39,8%: анемия 91,3%*, сердечно-сосудистая патология в 4,3%*, заболевания мочевыводящей системы 33,6%*, заболевание щитовидной железы 7,5%, гестационный сахарный диабет 35,3%*, варикозная болезнь нижних конечностей у 49,1%* случаев и №1: 32,0%, 14,4%, 8,0%, 5,2%, 0,6%, 16,6% случаев.

Заключение

Т. о, выполнение всех требований для отбора беременных по Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Феде-



рации от 16.05.2003г. №207, позволило достигнуть в 2018 году результатов оказания санаторно-курортного лечения, которое не привело к осложненному течению беременности и стационарному лечению в отделении патологии беременных, несмотря на рост экстрагенитальной патологии в группе №2: гестационного сахарного диабета, заболеваний мочевыделительной системы.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Печенкина Н.С., Седавных Е.А

г. Киров

Кировский государственный медицинский университет

Актуальность

Для остановки акушерских кровотечений в последнее время используют все более современные методики. Только 62-65% родов через естественные родовые пути сопровождается физиологической кровопотерей. Несмотря на значительные достижения акушерской науки и практики, послеродовые кровотечения занимают второе место в Российской Федерации – 16% в структуре материнской смертности в течение 7 лет без тенденции к дальнейшему снижению.

Цель

Провести сравнительный анализ кровотечений с использованием методов: экстирпация матки, метод аргоно-плазменной коагуляции во время кесарева сечения, поэтапный хирургический гемостаз и швы по Перейру и применение карбетоцина и окситоцина.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй родов в Кировском областном клиническом перинатальном центре за годы с 2017 по 2018гг. В 2017 году количество родов по первому родовому отделению составило 80,9% (5042) – группа 1. В 2018 году группа №2 – 79,0% (5054). В процентном отношении различий не установлено.

В группе №1 кровотечения составили 2,3% (129), в группе № 2 – 2,4% (122). Структура кровотечений от общего количества родов: родовое в группе №1 -0,39% (20), раннее послеродовое – 0,93% (47), позднее послеродовое – 0,57%(29), интраоперационное – 0,14% (7) *, предлежание плаценты и кровотечение 0,39% (20), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с кровотечением 1,3% (72). В группе №2 родовое -0,43% (22),



раннее послеродовое – 1,24%(63), позднее послеродовое – 0,51% (26), интраоперационное – 0,019%(1), предлежание плаценты 1,0% (53), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с кровотечением 1,6% (85). Предлежание плаценты встречалась в два раза чаще, но не привело к увеличению частоты кровотечений по 1-му родовому отделению.

Результаты

Анализ показал отсутствие достоверных различий в группе №1 и группе №2 по частоте кесаревых сечений 32,7% (1767) и 35,7% (1809). Плановые операции незначительно превышали экстренные, а именно, в группе №1 составили 53,7% (949) и 46,3% (818), соответственно 52,9%(958) и 47,1% (851). Установлено во всех семи случаях интраоперационного кровотечения применялся препарат окситоцин. Разрез на матке ушивался однорядным швом с использованием метода аргонно-плазменной коагуляции. Вместе с тем произошло снижение органо-удаляющих операций в два раза. В группе №1 – 6,9% (3)* (* – здесь и далее – различия с группой 2 достоверны, $p < 0,05$) структура: ампутации матки наблюдались у 3-х, экстирпации матки – 10, в группе №2 соответственно 3,0 % (6), позволило снизить частоту экстирпаций матки более чем в два раза до 4-х случаев. Во время оперативного родоразрешения компрессионные швы в группе №2 накладывались чаще 0,33% (6) *, чем в группе 1 с частотой 0,93% (17). Во время кесарева сечения применялся для зашивания раны двухрядный шов, а так же использование нового утеротонического препарата карбетоцин снизило применение и поэтапного хирургического гемостаза и вакуумной баллонной тампонады матки в два раза с 1,28%(65) * в группе №1 до 0,71%(36) в группе №2, соответственно 0,21% (11) *, до 0,079% (4) в группе №2. Проведение интраоперационной реинфузии аутоэритроцитной взвеси встречалось в группе №2 в 2 раза с большей частотой 0,91%* и 0,33%, что позволило снизить частоту тяжелых анемий в послеродовом периоде на 80,6%.

Заключение

Таким образом, комплексное использование утеротоника карбетоцин, двухрядного шва на матку, компрессионных швов на матку позволило уменьшить частоту органоудаляющие операции в более чем два раза. Данная методика позволяет сохранять репродуктивную функцию.



ВЛИЯНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ

Сергеева О.В., Евсеева М.Е., Итальянцева Е.В., Кудрявцева В.Д.

г. Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность

Физиологические изменения, происходящие в организме беременной женщины, способствуют адаптации сердечно-сосудистой системы к возрастающим метаболическим потребностям организма матери, следовательно, адекватной доставке оксигенированной крови к периферическим тканям и плоду. Эти изменения касаются объема циркулирующей крови, растяжимости и сопротивления периферических сосудов, функции и сократительной способности миокарда, частоты сердечных сокращений и нейроэндокринной системы. Таким образом, в период гестации к организму женщины предъявляются повышенные требования, и, в первую очередь, это касается сердечно-сосудистой системы. В этой связи, изучение сосудистого статуса у беременных представляется особенно перспективным.

Цель

Оценить влияние нормально протекающей беременности на показатели сосудистой ригидности.

Материалы и методы

Обследовано 95 здоровых женщин с физиологически протекающей одноплодной беременностью (средний возраст $20,3 \pm 1,7$). Группу сравнения составили 45 не беременных здоровых женщины, сопоставимых по возрасту и антропометрическим данным. Комплексное измерение эластичности сосудистой стенки в офисном формате проводилось с помощью аппарата СМАД BPLab (Россия) и включало определение таких показателей, как скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWV_{ao}, м/с); индекс ригидности артерий (ASI); индекс аугментации на периферии (AIx, %) и в аорте (AIx_{ao}, %), максимальная скорость нарастания артериального давления (dP/dt, мм. рт. ст./сек); сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI), индекс эластичности (IE). Статистическая обработка производилась при помощи пакета прикладных программ «Statistica 8.0».

Результаты

Оказалось, что показатель PWV_{ao} отличался несколько более низкими значениями у беременных по сравнению с контролем (10 м/с), при этом его значения снижались во 2 триместре, а к 3-му вновь достигали уровня 1 триместра: 9,35 м/с, 8,7 м/с; 9,4 м/с соответственно.

Индекс аугментации (AIx) характеризовался достоверно более низкими значениями во время беременности и имел тенденцию к уменьшению с увеличением срока гестации: 1-й триместр – 52,9%; 2-й триместр – 57,34%, 3-й



триместр – 62%. В группе контроля-42,5%. Аналогичная динамика отмечалась и для индекса прироста в аорте: 3%, 3,5% и –2% соответственно в 1-м, 2-м и 3-м триместрах, 7% – в контрольной группе.

Максимальная скорость нарастания давления (dP/dt) достоверно прогрессивно увеличивалась к в течение всего процесса беременности, достигнув максимума в 3-м триместре (603, 652, 671 мм. рт. ст./сек соответственно по триместрам; 528 мм. рт. ст./сек в группе контроля).

Заключение

Представленные предварительные результаты исследования отражают динамические изменения упруго-эластического статуса сосудистой стенки у обсуждаемого контингента. По основным параметрам прослеживается достаточно чёткая зависимость сосудистой жёсткости от сроков гестации, что обусловлено целым комплексом сложных физиологических изменений, протекающих в организме беременной женщины. Необходимы дальнейшие исследования для накопления репрезентативной базы данных с целью разработки многомерных нормативов для этой категории обследуемых.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2017 Г. В ОРЕНБУРГСКОМ ОБЛАСТНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

**Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Уварова Е.Е.,
Попов А.А., Клычбаев Т.С., Гаджиева Р.А..**

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

Актуальность

В последнее десятилетие возросло число случаев преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП).

Цель

Определить частоту встречаемости ПОНРП, факторы, влияющие на ее развитие.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ историй родов за 2017 год в Оренбургском областном перинатальном центре.



Результаты

За 2017 год в Перинатальном центре было проведено 5518 родов, из них 59 случаев преждевременной отслойки плаценты, что составило 1,07 % от общего числа родов. Возраст пациенток варьировал от 17 до 46 лет, в среднем большее количество случаев приходилось на 25-35 лет, что коррелирует с частотой разных возрастных группах.

В зимний период было 12 случаев ПОНРП (18,6% от года), у 1 женщины предстояли первые роды, у остальных – повторные. У всех была диагностирована экстрагенитальная патология (50% анемия, 16% пиелонефрит, 8,3% ожирение, 8,3% гепатоз, 8,3% артериальная гипертония, 8,3% атриовентрикулярная блокада). Преждевременные роды в 5 случаях (32-34 недели гестации). Гестационный сахарный диабет, умеренная преэклампсия наблюдались у 16% беременных. Объем кровопотери составил 800 мл в 58,3% случаев, 900 мл – 25%, 1000 мл – 16,7%. С нормальной массой тела родилось 75% детей, 16,6% – менее 2000 г, 8,3% – более 4000 г. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов – 58,3%, 4-5 баллов – 16,6%, 1-2 балла – 16,6%, 0 баллов – 8,3% (тотальная отслойка нормально расположенной плаценты, ребенок родился мертвым).

В весенний период было 19 случаев ПОНРП (32,7% от года), у 11 женщины предстояли первые роды, у 8 остальных – повторные. У 8 беременных была диагностирована экстрагенитальная патология: из них у 50% анемия, 25% артериальная гипертония, а также гипотиреоз, сахарный диабет, ожирение, гепатит С, туберкулез, инфекции мочевыводящих путей.

Преждевременные роды в 9 случаях, в 55,5% – 32-35 неделя гестации, 44,5% на 25-26 неделе гестации. Объем кровопотери составил 800 мл (42,1% случаев ПОНРП), 1000 мл (42,1%), от 1200 до 1500 мл (15,8%). С нормальной массой тела родилось 57,9% детей, 36,8% – менее 2000 г, 5,3% – более 4000 г. Оценка по шкале Апгар в 7-8 баллов – 31,6%, 5-6 баллов – 21%, 3 балла – 15,8%, 1-2 балла – 21%, 0 баллов – 10,5% (тотальная отслойка нормально расположенной плаценты, 3 мертворожденных).

В летний период было 19 случаев ПОНРП (32,7% от года), у 9 женщин предстояли первые роды, у 10 остальных – повторные. У 11 беременных была диагностирована экстрагенитальная патология: из них у 45,45% анемия, 18,18% артериальная гипертония, 18,18% гипотиреоз, 6,6% ожирение, 6,6% инфекции мочевыводящих путей, 6,6% тромбоцитопатия. Преждевременные роды в 9 случаях, в 55,5% – 32-36 неделя гестации, 44,5% на 23-26 неделе. Гестационный сахарный диабет наблюдался в 10,5% случаев, умеренная преэклампсия в 15,8%, гестационная артериальная гипертония в 10,5%. Объем кровопотери составил 800-900 мл (55,5% случаев ПОНРП), 1000 мл (31,6%), от 1200 мл (10,4%), 1500 мл (5,5%). С нормальной массой тела родилось 63,2% детей, 26,3% – менее 2000 г, 10,5% – более 4000 г. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов 31,6%, 21% – 5-6 баллов, 3 балла – 15,8%, 1-2 балла – 21%, 0 баллов – 10,5% (тотальная отслойка нормально расположенной плаценты, 3 мертворожденных).

В осенний период 8 случаев ПОНРП (13,6% от года), у 2 женщин предстояли первые роды, у 6 остальных – повторные. У 6 беременных была диагностирована экстрагенитальная патология: из них у 50% анемия, 33,3% ожирение,



16,6% сахарный диабет. Преждевременные роды в 25% на 26-28 неделе беременности. Гестационный сахарный диабет наблюдался в 12,5% случаев. Объем кровопотери составил 900 мл (25% случаев ПОНРП), 1000 мл (25%), от 1100 мл (25%), 1200 мл (12,5%), 1400 мл (12,5%). С нормальной массой тела родилось 62,5% детей, 37,5% – менее 2000 г. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов – 37,5%, 5-6 баллов 37,5%, 2 балла – 25%.

Заключение

Преждевременная отслойка плаценты чаще развивается у беременных с экстрагенитальной патологией (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, гипотиреоз, анемия и др.), осложнениями во время гестации (гестационный СД, гестационная АГ, преэклампсия). Наблюдается зависимость между частотой случаев и возрастом (чем старше, тем риск выше). В большинстве случаев рождаются новорожденные в асфиксии разной степени тяжести.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ С УЧЕТОМ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

**Тютюнник Н.В., Донников А.Е., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.,
Харченко Д.К.**

г. Москва

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

Актуальность

Преэклампсия на сегодняшний день является одной из основных причин неблагоприятных исходов для матери и плода. Несмотря на многочисленные исследования патофизиологических механизмов развития преэклампсии, до сих пор нет однозначного ответа, что приводит к данному осложнению беременности. Таким образом, важное значение имеет определение группы высокого риска развития преэклампсии для более тщательного мониторинга и раннего начала профилактики.

Цель

Изучить особенности генетического полиморфизма генов системы детоксикации в развитии преэклампсии с созданием модели прогнозирования.

Материалы и методы

Включенные в исследование 241 беременные были разделены на 3 группы: группу 1А составили 43 беременные с ранней преэклампсией (наступившей до 34 недели беременности), группу 1Б – 49 пациенток с поздней преэклампсией (наступившей после 34 недели беременности), группу 2 – контрольная



группа – 149 условно здоровых беременных. У всех пациенток исследование проводили методом ПЦР с анализом кривых плавления модифицированным методом «примыкающих проб». Для расчета индивидуального риска ранней и поздней преэклампсии на основании генетических и клинико-анамнестических факторов риска был использован многофакторный анализ.

Результаты

Согласно полученным данным, на развитие ранней преэклампсии влияет возраст пациенток, индекс массы тела, наличие преэклампсии и воспалительных заболеваний органов малого таза в анамнезе, а также носительство полиморфизма rs4646903 гена CYP1A1. Установлено, что полиморфизмы генов системы детоксикации относятся к одному из патогенетических факторов развития преэклампсии. При этом характерно более частое выявление полиморфизмов генов системы детоксикации (CYP1A1 и GSTP1) по сравнению с физиологическим течением беременности, что обосновывает возможность их использования в качестве предикторов развития данного осложнения беременности.

Заключение

Результаты проведенного исследования показали, что к возможным патогенетическим факторам развития преэклампсии можно отнести особенности полиморфизма генов системы детоксикации. На основании изучения 16 однонуклеотидных полиморфизмов вышеуказанных генов у пациенток с ранней и поздней ПЭ, а также у здоровых беременных, были выявлены значимые различия по ряду показателей, как при ранней, так и при поздней преэклампсии, часть из которых подтвердили свою значимость в многофакторном анализе и были включены в модель для расчета индивидуального риска развития преэклампсии.

Работа выполнена при поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки ведущих научных школ Российской Федерации № НИШ-4566.2018.7

The work was supported by the grant of Russian Federation President for governmental support for the leading scientific schools № НИШ-4566.2018.7



СВОБОДНАЯ В-СУБЪЕДИНИЦА ХГЧ И БЕЛОК А, АССОЦИИРОВАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ (РАРР-А) – МАРКЕРЫ БЕРЕМЕННОСТИ I ТРИМЕСТРА

Файзырахманова М.М., Олейниченко О.Н., Абаева Е.В.

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства
и гинекологии МЗ РУз

Актуальность

Общепринятым методом отбора беременных женщин с высоким риском врожденных пороков развития плода в настоящее время является биохимический скрининг (БС). В настоящее время массовый БС полностью ориентирован на сроки 9 – 13 недель, а определение уровня АФП и ХГ сохраняется только для беременных, обратившихся в женскую консультацию при сроке более 14 недель или по назначению генетика. В тестах БС I триместра широко используется диагностика концентраций в – субъекдиницы хорионического гонадотропина (в – ХГЧ) и белка А, ассоциированного с беременностью (РАРР-А). Неблагоприятный прогноз возникает как при гипо-, так и при гиперсекреции данных гормонов.

Цель

Целью исследования послужило изучение содержания РАРР-А и в – ХГЧ в сыворотке крови женщин в I триместре физиологической гестации, вычисление величины 50-ой процентиля (медианы), лежащей посередине в ряду расположенных по возрастанию значений концентраций белка при определенном сроке беременности.

Материалы и методы

Объектом исследования являлись беременные женщины в возрасте до 35 лет с физиологической гестацией I триместра, их венозная кровь. 398 образцов венозной крови пациенток в сроке 9 недель 0 дней – 13 недель 6 дней беременности, наблюдавшихся в поликлиническом отделении РСНПМЦ А и Г МЗ РУз. Определение содержания в крови РАРР-А и в-ХГЧ осуществляли методом ИФА с помощью тест-систем ООО «Алкор Био» (г. Санкт-Петербург). Основная методология исследований касалась оценки уровней маркеров беременности I триместров, ультразвуковое исследование, медико-генетическое консультирование. Все обследованные беременные женщины прошли ультразвуковые исследования с указанием срока беременности, ТВП, длины носовой кости, КТР, количества плодов.

Результаты

Данные лаборатории по содержанию РАРР-А в сыворотке крови беременных женщин в I триместре беременности продемонстрировали, что значения средней величины РАРР-А менялись в зависимости от срока гестации. Так в 9-10 недель его уровень составил 0,919 мЕД/мл, в 10-11 недель – 1,55 мЕД/мл,



в 11-12 недель – 2,61 мЕД/мл, в 12-13 недель – 3,58 мЕД/мл, в 13-14 недель – 4,24 мЕД/мл. Таким образом, уровень РАРР-А с увеличением срока гестации возрастает. Распределение концентраций РАРР-А является ассиметричным, поэтому полагаться только на среднее значение и стандартное отклонение не корректно. Одним из важных показателей в БС является расчет медиан. Медиана – это значение, которое делит распределение пополам: половина значений больше медианы, половина меньше. В клинической практике общепринятым обозначением для отклонения уровня белка от нормы является кратность медиане – Мом (multiplesofmedian). Уровень маркера вМом рассчитывается путем деления измеренной величины маркера на медиану для данного срока. Исследования крови беременных женщин в I триместре беременности показали, что медиана РАРР-А в 9-10 недель составила 0,675 мЕд/мл, в 10-11 недель – 0,95 мЕд/мл, в 11-12 недель – 2,59 мЕд/мл, в 12-13 недель – 3,2 мЕд/мл, в 13 – 14 недель – 4,1 мЕд/мл. Полученные медианы отличаются от медиан, рекомендованных производителем. Коэффициент сдвига варьирует от 4 до 50 %. Медианы производителя представлены по Северо-Западному региону Российской Федерации. Данные демонстрируют необходимость корректировки медиан РАРР-А после сбора собственной базы данных по каждой неделе беременности. Следует отметить, что различие медиан (коэффициент сдвига) может быть связано с региональными и этническими особенностями.

Содержание в-ХГЧ в сыворотке крови беременных женщин в I триместре беременности, выраженное в медианах показало, что медиана в – ХГЧ в 9-10 недель составила 32,065 нг/мл, в 10-11 недель – 45,15 нг/мл, в 11-12 недель – 34,26 нг/мл, в 12-13 недель – 30,22нг/мл, в 13 – 14 недель – 30,34 нг/мл. Аналогичную картину мы наблюдали и в показателях среднего значения содержания в-ХГЧ. Низкое содержание в-ХГЧ в сроке 9-10 недель беременности вероятно связано с малой выборкой, что требует дальнейшего исследования в практической работе лаборатории. Коэффициент сдвига варьирует от 25 до 56 %, вместо 5-10% рекомендованного, что свидетельствует об особенностях как региональных, так и этнических. Корреляционный анализ уровней сывороточных маркеров крови беременных при сроке 9-13 недель показал их слабую зависимость друг от друга.

Заключение

Таким образом, изучение белков беременности в I триместре показало, что с увеличением срока гестации уровень РАРР-А повышается, концентрация в – ХГЧ снижается. Медианы сывороточных маркеров отличны от медиан наборов-производителей. Анализ данных показывает на необходимость создания собственной региональной базы данных с учетом этнической принадлежности, выработке собственных медиан со строгим учетом срока гестации.



ПОСТМИОКАРДИТИЧЕСКИЙ КАРДИОСКЛЕРОЗ ТРИГГЕР НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА – ПЛОД

Каримов Ахмад Хашимович, Тухтабаев Анвар Алишерович

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно практический медицинский центр акушерства
и гинекологии

Актуальность

Прогресс в современной перинатологии привел к необходимости решения новых проблем, связанных с гестационным процессом и антенатальной охраной. Среди них ведущее значение принадлежит хронической плацентарной недостаточности (ПН), которая, будучи частым осложнением беременности (от 14 до 22%), сопровождается гипоксией, задержкой внутриутробного роста плода и является одной из наиболее частых причин перинатальной заболеваемости (до 60%) и смертности. Из нашего исследования наглядно прослеживается связь между миокардитом и постмиокардитическим кардиосклерозом (ПМКС) у беременной и развитием плацентарной недостаточности. Однако не существует ни одного протокола, либо стандарта, руководство по ведению беременных с миокардитом или ПМКС, который объясняется с изученностью патогенеза, и влияние их на течение гестации, состояние плода и новорожденных.

Цель

Изучить состояние кровообращения системы мать-плацента – плод у женщин с ПМКС

Материалы и методы

На первом этапе нашего исследования мы провели функциональные методы исследования у 118 беременных с ПМКС. Критериями включения обследуемых женщин к исследованию служили: беременные с ПМКС, одноплодной беременностью находящихся в III триместре гестации. По результатам доплерометрии: I группу составили 22 беременных, у которых нарушения кровотока в МППК не выявлены (без ФПН). II группа состояла из 52 беременных с компенсированной формой ФПН. В III группу включили 44 беременных с субкомпенсированной (36) и декомпенсированной (8) ФПН.

Результаты

Анализ длительности существования ПМКС показал, что у всех беременных из I группы последний существовал не более 2 месяцев к моменту обращения кардиологу, тогда как у II и III группы женщин кроме 18 случаев (у 15%) ПМКС протекал более 1 года. У более половины женщин с клинически установленной ФПН (II и III группа) (66,5%) ПМКС существовала более 1 года, а у остальных более 2х и до 6 месяцев (23,5 и 15% соответственно). У большинства беременных из I группы была диагностирована НК-0 степени, тогда как НК-I



степени наиболее часто встречалась у III группы женщин и по сравнению с II группой была чаще в 1,8 раза. ПМКС осложнялся НК-I степенью в более половине случаев, у II группы женщин (65%) и по сравнению с III (13%) и I (21%) группы беременных была в 1,2 и 4,6 раза чаще. Наряду с оценкой длительности существования и тяжести течения ПМКС, особый интерес представлял тот факт, что при тщательном изучении течения первой и второй половины гестации у исследуемых беременных, в результате анализа полученных клиничко-анамнестических было подтверждено наличие неблагоприятных факторов приводящих к истощению компенсаторных возможностей организма матери и плода.

Заключение

Клинически было выявлено и доказано наличие длительного текущего, чаще вовремя не диагностированного ПМКС, у женщин суб и декомпенсированной формой плацентарной недостаточности, что указывает на необходимость дальнейшего усовершенствования тактики ведения беременности у женщин с ПМКС.

ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИН, БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ПРОТЕКАЛА В УСЛОВИЯХ ТАБАЧНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

**Чурсина О.А., Константинова О.Д., Веккер И.Р., Степанов С.Ю.,
Студенов Г.В., Василевская Г.В., Сенникова Ж.В.**

г. Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России,
ГАОУЗ «Оренбургская областная клиническая больница №2», Оренбургский областной
перинатальный центр

Актуальность

По данным глобального опроса взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации (GATS, 2016) доля курящих женщин составляет около 14,5%. Большинство курящих представительниц прекрасного пола находятся в репродуктивном периоде и половина из них продолжают курить и при беременности.

Значительно большее количество женщин, в том числе беременных, вынуждено подвергаться воздействию вторичного табачного дыма и выступают в роли пассивных курильщиц.

Немало отечественных и зарубежных исследователей доказали, что активное курение является фактором риска развития акушерских и перинатальных осложнений, которые могут потребовать оперативного родоразрешения. Сведения о влиянии пассивного курения на течение родового процесса и метода родоразрешения отсутствуют.



Цель

рассмотреть особенности родоразрешения женщин, подверженных при беременности активному и пассивному курению.

Материалы и методы

Определение никотинового статуса обследуемых и разделение их по группам проведено с помощью анкетирования по вопросам курения и экспресс-теста на наличие котинина в моче.

Сформировано три группы исследования: 1–67, куривших всю беременность, 2–58, подвергнутых влиянию сигаретного дыма на протяжении вынашивания плода, 3–60, не имеющих отношения к курению.

Затем проводились все методы исследования пациенток, предусмотренные Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология» (от 01.11.2012) и клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации по ведению родов.

Пациентки с тяжелой экстрагенитальной патологией, выраженными осложнениями течения беременности, с врожденной и наследственной патологией со стороны плода в исследование не вошли.

Результаты

Средний возраст пациенток 1-й группы составил $24,37 \pm 3,9$ лет, 2-й – $25,1 \pm 3,85$ лет – 3-й – $25,97 \pm 2,63$.

Роды через естественные пути произошли у 57 женщин 1-й (85,1%) и 3-й (95%) групп, у 46 (79,4%) – 2-й группы. Эпизиотомия при этом потребовалась 13 роженицам 1-й группы, 10 – 2-й группы и лишь 4 – 3-й. Показанием к ней послужили угроза разрыва промежности (у 6 пациенток 1-й, 5 – 2-й и 3 – 3-й групп) и дистресс плода во II периоде родов (у 7 пациенток 1-й, 5 – 2-й и 1 – 3-й групп).

Операция кесарево сечение проведена 7 (10,4%) активным курильщицам, 10 (17,2%) – пассивным и 3 (5%) некурящим. Показанием к операции явились дискоординация родовой деятельности без эффекта от лечения (по 1 случаю в 1-й и 3-й группах, 4 случая во 2-й группе), дистресс плода (по 4 случая в 1-й и 2-й группах и 2 – в 3-й группе), декомпенсация хронической фетоплацентарной недостаточности (по 2 случая в 1-й и 2-й группах).

Вакуум-экстракция плода выполнялась с целью укорочения II периода родов по поводу дистресса плода: у 3 (4,5%) рожениц в 1-й группы и 2 (3,4%) – 2-й.

Заключение

В оперативном родоразрешении чаще нуждаются женщины с положительным никотиновым статусом при беременности, чем некурящие.

Большая часть акушерских операций у активных и пассивных курильщиц проводится в интересах жизни плода.



АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Шамсиева З.И., Юсупбаев Р.Б.

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии

Актуальность

Всемирная организация здравоохранения рассматривает ожирение как эпидемию, охватившую миллионы людей и влияющую на здоровье населения больше, чем традиционные проблемы здравоохранения, в частности, голодание и инфекционные заболевания. Ожирение является установленным модифицированным фактором риска развития неблагоприятных перинатальных исходов: дефектов нервной трубки, аномального роста плода, развития преэклампсии и тромбоэмболических осложнений, мертворождения, повышения частоты индукции родов и оперативных вмешательств, дистонии плечиков плода и пареза Эрба.

Цель

Изучить особенность течения родов у женщин с преэклампсией на фоне ожирения.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 84 беременных женщин с алиментарно-конституциональным ожирением, гестация у которых осложнялась с преэклампсией, поступивших в отделение патологии беременных (основная группа). Индекс массы тела у них составил >30 кг/м². Контрольную группу составили 45 беременных без ожирения. Все беременные с ПЭ разделены на 2 группы в зависимости от ее тяжести. Первую группу составили 54 женщин с легкой ПЭ, вторую группу 30 женщин с тяжелой ПЭ. Обследование беременных проводилось по принятому протоколу (антропометрическое, калиперометрическое исследования, оценка состояния липидного спектра, цитокинового статуса крови и углеводного обмена, оценка состояния фето-плацентарного комплекса).

Результаты

Наибольшее число женщин в основных и контрольных группах составили беременные в возрасте 21-30 лет. В диапазоне более 30 лет было несколько больше в группе беременных с ожирением 3 степени. Во всех группах наибольшее число женщин представлено повторно беременными и повторно родящими. Характерной особенностью течения родов у женщин с ПЭ и метаболическим синдромом явилось несвоевременное излитие околоплодных вод – 49,5%, аномалии родовой деятельности 27%, крупный плод 36,4% и кровотечение в 3 периоде родов 9,3%. Характерно, что каждое из перечисленных осложнений наиболее часто наблюдались в 1-й группе женщин, у которых выявили ожирения наибольшей частоте по сравнению с беременным из 2-й группы (70%



против 48%). У 18 беременных с тяжелой ПЭ проведенные лечебные мероприятия в течение 24 часов были не эффективны, в связи с тем они подвергались к экстренной родоразрешению путем кесарева сечения. В зависимости от числа компонентов метаболического синдрома возрастает не только частота кровотечений, но и величина кровопотери. Так у рожениц I группы средняя величина кровотечения составила 500-600 мл, во II группе 600 – 800 мл, в III группе 800 – 900 мл (у одной роженицы из этой группы кровотечение составило 1100 мл.). Высокий процент кровотечений у рожениц с ПЭ и ожирения возможно объяснить нарушением сократительной способности матки о чем свидетельствует значительная частота аномалии родовой деятельности. Кроме того, нами были зафиксированы и более длительная продолжительность родов в основных группах рожениц, что не может не сказаться на сократительной деятельности матки, а также и метаболические нарушения характерные для этого контингента пациентов. У первородящих общая продолжительность родов составила $12,0 \pm 0,96$ ч. – в контрольной группе $8,2 \pm 0,54$ ч. У повторнородящих – $9,6 \pm 0,46$ ч.; в контрольной группе $5,7 \pm 0,36$ ч. (в часовом измерении). Следует так же отметить, что в связи со слабостью родовой деятельности у 29 (27%) женщин проводилась родостимуляция. Таким образом, частота ожирения у женщин с ПЭ в общей популяции составила 89,2%. Ожирения неблагоприятно отражает на течение беременности и родов, что является причиной значительного увеличения частоты оперативных вмешательств, особенно родоразрешения путем операции кесарева сечения. Проведенный анализ дает основания относить беременных с метаболическим синдромом к группе высокого риска по осложнениям в развитие беременности, состояние плода и течения родов и требует тщательного обследования женщин с ожирением с участием эндокринолога.

Заключение

Течение беременности и родов у беременных с ПЭ на фоне ожирения протекает с осложнениями, частота и степень тяжести которых зависит от числа компонентов метаболического синдрома. Беременные с ПЭ при наличии ожирения составляют группу риска по осложнениям течения родов. Беременным с ожирением при наличии выраженных изменений ожирения необходимо провести профилактику развития ПЭ, так как ожирение является основным фактором, провоцирующим развитие ПЭ и утяжеление ее течения.



РАЗРАБОТКА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫХ ДИАГРАММ РОСТА ВЫСОТЫ СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Шарипова М.Г., Кыстаубаева А.С., Танышева Г.А.

г. Семей

НАО «Медицинский университет Семей»

Актуальность

В Республике Казахстан перинатальная смертность имеет тенденцию к снижению от 15,1 до 12,2 на 1000 живорожденных за период с 2011 по 2018 годы. В то время как показатель мертворождаемости тенденции к снижению не имеет и остается примерно на уровне 9‰. Задержка развития плода напрямую связана с мертворождением (от 23% до 65%), ранней неонатальной смертностью и перинатальной заболеваемостью. Политика изменений в управлении причинами мертворождаемости подразумевает оптимизацию антенатального ухода. Одной из важных задач является разработка гравидограммы – графика антенатального наблюдения за ростом высоты стояния дна матки. Инструмент позволяет выявить нарушения роста плода во время беременности. Диагностические свойства инструмента повышаются при разработке центилей с учетом многих влияющих факторов, таких как этническая принадлежность матери, росто-весовые показатели, паритет, осложнения беременности, пол плода и другие. Особенностью современных гравидограмм является отсутствие стабильной шкалы.

Цель

Снижение уровня перинатальной смертности за счет антенатальных потерь, путем разработки и внедрения персонализированных гравидограмм и повышения качества диагностики нарушений роста плода во время беременности.

Материалы и методы

Материалом для исследования послужили индивидуальные карты беременных и созданные "карты пациента". В исследование входили случаи беременностей, которые закончились срочными родами в период 2013-2015 годов в городе Алматы, городе Семей и городе Павлодар. Общее количество выбранных случаев составило 6678 пациентов. Статистическая обработка в пакете SPSS – 20 версии. Для сравнения средних значений применены непараметрические критерии для двух независимых выборок.

Результаты

На предварительном этапе нами был разработан общий популяционный график, для двух наиболее распространенных национальностей Казахстана (казахской и русской). Для создания популяционного графика был использован дизайн поперечного исследования. В сроках гестации от 20 до 29 недель средние показатели высоты стояния дна матки в группах различались на 0,2-1,4



см, но они не были статистически значимы ($p=0,12;0,06$). В сроках гестации от 30 до 36 недель беременности, статистически значимые различия выявлены в обеих группах и составили 0,4-1,1 см ($p=0,01;0,05$). От 37 до 40 недель беременности разница в росте ВДМ в пределах 0,1-0,4 см ($p=0,06;0,36$). На основании полученных данных, были разработаны популяционные графики. Чувствительность графиков при выявлении нарушений роста плода составила 63% в сравнении с действующим графиком -25%. Полученные данные стали предпосылкой для разработки персонализированных диаграмм. Осуществление проекта предполагает оцифровку данных пула беременных Казахстана за 2019-2020 годы, внесение дополнительных данных в существующий регистр беременных.

Заключение

В развитых странах график, разработанный Белижаном не используется с 90-х годов прошлого века. Доказано, что персонализированные графики повышают диагностическую ценность метода, снижают риск антенатальных потерь. В тоже время, для стран, не имеющих ресурсы, ВОЗ рекомендует использовать унифицированные графики Intergrowth-21. Высокие темпы цифровизации здравоохранения в Казахстане, позволяют перейти от популяционных графиков к персонализированному ведению беременности.

ПРИМЕНЕНИЕ СМАД ПРИ РАЗРАБОТКЕ МАРКЕРОВ MHEALTH ТЕХНОЛОГИЙ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ СИНДРОМОМ

Юсупбаев Р. Б., Тухтабаева Г.М.

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно практический медицинский центр акушерства и гинекологии

Актуальность

Суточное мониторирование А/Д (СМАД) – функциональная методика автоматического, неинвазивного, многочасового, динамического контроля за уровнем А/Д с помощью использования носимых, программируемых регистраторов в условиях повседневной жизнедеятельности человека. Золотым стандартом исследования при гипертензивных состояниях для определения суточного профиля беременной является СМАД который имеет прогностическое значение при прогрессировании беременности.

На сегодняшний день доказано, что среди здоровых лиц А/Д в ночное время снижается до 20% по сравнению с дневным. Эти лица составляют группу дипперов. Однако, у некоторых пациентов А/Д в ночное время снижается ниже чем на 10%. Они составляют группу нон-дипперов – с недостаточной степенью снижения А/Д в ночное время.



Цель

Целью исследования являлось определить тип А/Д у беременных с гипертензивным синдромом. Для определения прогностического маркера развития преэклампсии и определения группы амбулаторного наблюдения с повышением АД выше 150/100 мм.рт.ст. и нормативными значениями А/Д: в дневное время до 140/90 мм.рт.ст. и в ночное время до 120/80 мм.рт.ст.

Материалы и методы

Пациентки были разделены на 2 группы: I группу (n=25) составили беременные женщины с гипертензивным синдромом. II группа контроля (n=25) беременные без гипертензивного синдрома с физиологическим течением беременности. Суточный мониторинг показателей А/Д проводился аппаратом Ambulatory Blood Pressure Monitor модель ABPM50.

Результаты

Средний возраст обследованных женщин составлял $28 \pm 3,2$ лет. Первородящие женщины среди исследуемых групп составили 35%, повторнородящие – 65%. У женщин I-й группы роды в доношенном сроке наблюдались в 20% случаев, во II-й группе у 80% женщин. В I группе преждевременные роды были отмечены в 80% случаев, тогда как во II-й группе частота преждевременных родов была не более 15%. Частота оперативных родоразрешений в I группе составила 90%, тогда как во II группе этот показатель составил 20%. У беременных II группы 85% детей родились с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, 10% с оценкой 7-8 баллов и 5% с оценкой 5-6 баллов. В I группе оценку по шкале Апгар 7-8 баллов имели 20%, 5-6 балла 20% и 1-4 балла 52% детей, также в этой группе у 2 женщин (8%) произошла антенатальная гибель плода. У первой группы по результатам СМАД отмечалось тип А/Д нон-диппера. У II-й группы более 88% беременных составляли дипперы и оставшиеся 12% составляли нон-дипперы, среди них отмечались частые случаи акушерско- перинатальных осложнений.

Заключение

Таким образом, СМАД во время беременности является одним из методов, который позволяет нам прогнозировать развитие осложнений и, соответственно, предупреждать их на ранних этапах. Также хотелось отметить простоту метода и возможность дистанционного контроля уровня АД у беременных женщин, что имеет немаловажное значение для предупреждения материнской смертности.



ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ПАТОЛОГИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ

Ашурова В.И.

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства
и гинекологии

Актуальность

Исследования показали, что во время беременности у женщин с ВИЧ-инфекцией выявляются патологические изменения в плаценте, которые являются причиной и основой гипоксически-ишемических повреждений у плода, формирования синдрома задержки развития плода.

В наших исследованиях у 58% новорожденных, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями отмечается синдром задержки развития плода, хроническая гипоксия, фетоплацентарная недостаточность /1,3/. Эти патологические состояния обусловлены морфофункциональными особенностями плодово-плацентарного кровообращения /2,3/.

Цель исследования

Изучение влияния плацентарных факторов на развитие перинатальной патологии у новорожденных при беременности у ВИЧ-инфицированных женщин.

Материал и методы

Проведено морфологическое исследование 155 последов, полученных при рождении ВИЧ-инфицированных беременных. Перинатальные потери составили 1,9% случая.

Нами проведен сравнительный анализ патоморфологических исследований в плацентах здоровых детей и новорожденных, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Комплексная оценка структурных особенностей плаценты включала макроскопическое описание, органометрию, световую и электронную микроскопию. В дальнейшем осуществлялась стандартная проводка материала, заключенного в эпоксидные смолы, приготовление полутонких и ультратонких срезов, просмотр и описание их в электронном микроскопе 100АК.

Результаты исследования и их обсуждение.

Патоморфологическое исследование плацент выявило следующие особенности: нарушения созревания ворсинчатого дерева (33%), воспаления (25%), дистрофические изменения (57%), склероз виллезных сосудов (55%). Хроническое нарушение фетоплацентарного кровотока отразилось в виде ишемических (11%) и <геморрагических инфарктов (7%). Острые нарушения кровообращения в виде преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, диагностированы в 13% плацент. В сосудисто-стромальном компоненте ворсин, в плодных оболочках последов выявлено экссудативное воспаление (21 %), децидуит (8%), васкулит створковых ворсин (8%), Эти изменения



приводят к склерозу и недоразвитию терминальных ветвей (28%). Дистрофические и некротические изменения эпителия стромы ворсин с отложением фибрина и солей кальция обнаружены в 17% случаев.

При сопоставлении патоморфологических изменений в плацентах с базальной пластинки и данных иммунофлуоресценции в мазках печатках с базальной пластинки и данных полимеразной цепной реакции позволило определить этиологию воспалительных изменений. Так, на состояние плаценты, повлияли также инфекции, сопутствующие ВИЧ-инфекции у матери, такие как уреоплазма, хламидии, а также вирусное воспаление на фоне цитомегаловирусной и герпетической инфекций, которые имели место в наших исследованиях. Наряду с компенсаторной перестройкой в 18% плацент выявлены приспособительные реакции в виде дилатационного полнокровия терминальных ворсин и увеличения площади капиллярных мембран.

Нарушения плодово-плацентарного кровообращения и воспалительных изменений в 55% случаев явились морфологической основой формирования хронической плацентарной недостаточности. В группе новорожденных, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями выявлено снижение массы, объема, площади материнской поверхности плацент по сравнению с аналогичными параметрами в контрольной группе.

Заключение

На рост и развитие внутриутробного плода оказывают влияние такие плацентарные факторы, как функциональное состояние сосудов, гипоплазия плаценты, сочетающаяся с недоразвитием ворсин, виллузитом, воспалительным склерозом. Хроническая плацентарная сосудистая недостаточность является основой последующих гипоксически-ишемических изменений и синдрома задержки развития внутриутробного плода. Частота встречаемости хронической плацентарной сосудистой недостаточности у беременных с ВИЧ-инфекцией обусловлена влиянием иммунодефицита, и сопутствующих инфекций во время беременности.



Тематика:

Гинекология

ВПЧ–АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ. ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

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

г. Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика В.И. Кулакова»
Минздрава России.

Актуальность

В структуре онкологических заболеваний репродуктивных органов РШМ является третьим по распространенности. В большинстве случаев (95%) причиной его развития являются высокоонкогенные типы ВПЧ. Ежегодно в мире регистрируются 470 000 новых случаев РШМ, 233 000 из них заканчиваются смертельным исходом. В России заболеваемость РШМ в 2016 г. составила 15342 случаев, (%) половина из которых закончились летальным исходом (ВОЗ 2017). Доказано, что развитие предраковых и раковых процессов провоцирует длительная персистенция ВПЧ в тканях органов нижнего отдела генитального тракта. В связи с тем, что состояние иммунной системы во многом определяет характер течения ВПЧ – инфекции, современный подход к лечению ВПЧ–ассоциированных заболеваний предполагает применение противовирусной и иммуномодулирующей терапии.

Цель

оценить эффективность комплексной терапии (деструкция + инозин пранобекс) ВПЧ–ассоциированных заболеваний шейки матки.

Материалы и методы

Обследованы 72 женщины репродуктивного возраста с ВПЧ высокого риска и гистологически подтвержденными цервикальными интраэпителиальными поражениями слабой степени выраженности CIN I (LSIL). Всем пациенткам было проведено обследование, включающее: генотипирование ВПЧ 21 типа с определением вирусной нагрузки методом ПЦР в режиме реального времени, цитологическое исследование мазков с шейки матки, расширенная кольпоскопия, гистологическое исследование биоптата (при атипической цитологи-



ческой и/или кольпоскопической картине), микроскопическое исследование, оценка состояния биоценоза урогенитального тракта и диагностика ИППП методом ПЦР. При необходимости перед деструктивным лечением назначались санация влагалища и противовоспалительная терапия.

Результаты

Пациентки были распределены в 2 группы в зависимости от проводимой терапии. В 1-ю группу вошли 36 женщин, которым проводилась комплексная терапия (лазерная деструкция шейки матки + инозин пранобекс). Инозин пранобекс назначали за 10-14 дней до деструкции в дозе 1000 мг 2 р./сут в течение 10 дней и через 10-14 дней после нее. Во 2-ю группу вошли 36 пациенток, которым проводилась только лазерная деструкция шейки матки. Пациентки обеих групп были сравнимы по возрасту, репродуктивному анамнезу, характеру менструального цикла и наличию ВПЧ – ассоциированной патологии шейки матки (L-SIL). Лазерную деструкцию проводили на 5-9-й день менструального цикла, при условии полной кольпоскопической визуализации зоны трансформации и отсутствия расхождения между данными проведенных обследований. Согласно полученным данным, у пациенток 1 группы отмечалась более быстрая и качественная эпителизация шейки матки по сравнению с пациентками 2 группы (44+3,2 и 49+ 2,3 дня соответственно). Контрольное обследование через 6 мес показало, что клиническое излечение отмечалось у 91,7% пациенток 1 группы и 77,8 % пациенток 2 группы. Рецидивы заболевания не отмечались у пациенток 1 группы, у пациенток 2 группы рецидивы были отмечены в 19,4%.

Заключение

Комплексный подход к лечению больных с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки, включающий деструктивное лечение поражений и применение препаратов с противовирусным и иммуномодулирующим действием, на современном этапе можно рассматривать как наиболее эффективный. Использование противовирусных препаратов снижает вероятность персистенции ВПЧ и возникновения рецидивов заболевания.



КЛИНИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МАГНИТО-ИК-СВЕТО- ЛАЗЕРНОЙ И ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ТРУБНО- ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ФОРМЕ БЕСПЛОДИЯ

Амерханова Х.С., Цаллагова Л.В.

г. Владикавказ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Актуальность

Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин детородного возраста, бесспорно, занимает ведущее место в структуре бесплодного брака и является самой трудной патологией в плане восстановления репродуктивной функции. Установлена высокая эффективность и широкий спектр действия магнито-ИК-свето-лазерной терапии и медицинского озона при многих патологических состояниях, в том числе при гинекологических заболеваниях.

Цель

Повысить эффективность лечения трубно-перитонеального фактора бесплодия с применения магнито-ИК-свето-лазерной и озонотерапии.

Материалы и методы

Обследовано и пролечено 146 пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия, которые разделены на 2 группы. Основную подгруппу 1 составили 45 (30,9%) пациенток, которым проводилась в комплексе лечения озонотерапия. Основную подгруппу 2 были включены 42 (28,7%) пациентки, которым в комплексе проводилась магнито-ИК-свето-лазерная и озонотерапия. В контрольную группу вошло 59 (40,4%) пациенток с использованием традиционных методов лечения.

Результаты

У 37 (82,2%) пациенток основной подгруппы 1, которым проводилась озонотерапия, у 38 (90,4%) подгруппы 2, с курсом магнито-ИК-свето-лазерной и озонотерапии, и у 27 (45,8%) больных контрольной группы отмечено улучшение самочувствия и общего состояния, аппетита, нормализация психоэмоционального состояния и сна. В послеоперационном периоде на фоне воздействия физических факторов у 34 (75,5%) женщин основной подгруппы 1 и у 35 (83,3%) подгруппы 2 отмечено уменьшение интенсивности и продолжительности болевого синдрома после операции. Аналогичные явления отмечали у 32 (54,2%) пациенток контрольной группы, получавшие традиционную терапию. Уровень молекул средней массы в пуле 254 нм превышал норму, что свидетельствовало об эндогенной интоксикации. После проведения курса воздействия физическими факторами и традиционной терапии отметили снижение уровня средних молекул в крови на 15,3% ($0,245 \pm 0,07$ усл.ед.) в основной подгруппе 1, на 24,1% в подгруппе 2 и на 5,4% в контрольной группе ($0,221 \pm 0,08$ и $0,268 \pm 0,05$ усл.ед. соответственно). Произведена оценка уровня провоспалительных цитокинов в перитонеальной жидкости и в спайках, до и после



проведенного лечения. У пациенток основной подгруппы 1 и 2 наблюдалось снижение ИЛ-1/3, ИНФ- γ и ФНО- α . Аналогичные изменения уровня цитокинов обнаружены при их исследовании в перитонеальных спайках. После проведенного курса у пациенток основной подгруппы 1 и 2 исследование спаек не произведено, так как при динамической лапароскопии спайки не обнаружены. В контрольной группе снижен уровень цитокинов, но ниже, чем у пациенток основных подгрупп.

Заключение

Применение магнито-ИК-свето-лазера и медицинского озона в терапевтических концентрациях пациенток с трубно-перитонеальной формой после реконструктивно-пластических операций улучшает течение послеоперационного периода, уменьшает интенсивность болевого синдрома, нормализует температуру тела, уменьшает медикаментозную нагрузку на организм женщины, позволяет сократить сроки пребывания в стационаре.

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ФОРМОЙ БЕСПЛОДИЯ

Амерханова Х.С., Цаллагова Л.В.

г. Владикавказ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Актуальность

Частой формой женского бесплодия остается трубно-перитонеальное, в терапии которой ведущим является эндоскопический методом. После реконструктивно-пластических операций, наблюдается восстановление естественной фертильности, результат которой во многом зависит от реабилитационной терапии в послеоперационном периоде, направленной на предотвращения образования спаек и реокклюзии маточных труб, а также на восстановление функции трубы.

Цель

Повысить эффективность реабилитации репродуктивной функции у пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия путем использования магнито-ИК-свето-лазерного воздействия и медицинского озона.

Материалы и методы

Обследовано и пролечено 146 пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия, которые разделены на 2 группы. Основную подгруппу 1 составили 45 (30,9%) пациенток, которым проводилась в комплексе лечения озонотерапия. Основную подгруппу 2 были включены 42 (28,7%) больных, кото-



рым в комплексе проводилась магнито-ИК-свето-лазерная и озонотерапия. В контрольную группу вошло 59 (40,4%) пациенток с использованием традиционных методов лечения.

Результаты

Для оценки эффективности лечения проведен анализ отдаленных результатов лечения через 3, 6 и 12 месяцев. При обследовании 8 (17,8%) пациенток основной подгруппы 1, у 7 (16,7%) подгруппы 2 и у 9 (15,2%) контрольной группы имелось нарушение менструальной функции. Через 3 месяца, после курса магнито-ИК-свето-лазерной и озонотерапии терапии, менструальный цикл восстановлен в 84,4% случаев основной подгруппы 1, в 92,9% подгруппы 2 и в 78,0% контрольной группе. Через полгода почти у всех (95,5% и 97,6% соответственно) пациенток основной и в 88,1% контрольной группы. Менструальная функция через год оставалась нарушенной у 3 (5,0%) пациенток контрольной группы. В основной подгруппе 1 беременность наступила у 12 (26,7%) пациенток, из которых 10 (22,2%) закончились срочными родами, 1 (2,2%) самопроизвольным выкидышем, 1 (2,2%) по желанию произведен искусственный аборт. В основной подгруппе 2 беременность наступила у 15 (35,7%) пациенток, из которых 12 (28,5%) закончились родами, 2 (4,8%) неполным выкидышем, 1 (2,3%) артифициальным абортom. В основной подгруппе 1 и 2 подавляющее число закончились самостоятельными родами – 15 (68,1%), у 7 (31,9%) путем кесарева сечения. Родилось 10 и 12 живых детей соответственно в каждой подгруппе. В контрольной группе беременность наступила у 10 (23,2%) пациенток, из которых 8 (18,7%) закончились родами, 1 (2,3%) самопроизвольным абортom и 1 (2,3%) трубной беременностью. Беременность закончилась срочными родами у 5 (62,5%) женщин, у 3 (37,5%) оперативным родоразрешением. Родилось 8 живых детей.

Заключение

Методом выбора ранней послеоперационной реабилитации пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием явилась магнито-ИК-свето-лазерная и озонотерапия, обладающая детоксикационным, противовоспалительным, иммуномодулирующим действием, улучшающим микроциркуляцию в органах и тканях, что способствует быстрому восстановлению больных.



ВЗАИМОСВЯЗЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТА У ДЕВОЧЕК В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 6 ЛЕТ

Безрукова А.А.

г. Самара

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность

Важность прикладывания ребенка к груди в родовом зале и последующей лактации для здоровья ребенка изучена с разных точек зрения, при этом самыми распространенными заболеваниями девочек в препубертате являются воспаления вульвы и влагалища.

Цель

произвести оценку взаимосвязи наличия и продолжительности лактации и вероятности развития вульвовагинита у девочек в возрасте 3-6 лет.

Материалы и методы

Для решения поставленной задачи были обследованы 175 девочек в препубертате в возрасте 3-6 лет, 73 девочки с вульвовагинитом (основная группа) и 102 здоровых девочек – группа сравнения. Нами проведено анкетирование мам девочек по вопросам лактации: наличие, продолжительность, причины отказа.

Результаты

Возраст матерей в группах был сопоставим: $31,91 \pm 3,77$ лет – в группе с вульвовагинитом у девочек и в группе сравнения – $33,29 \pm 4,34$ года ($p=0,123$) – в подгруппе девочек в возрасте 3-4 года и $35,26 \pm 4,47$ лет $35,99 \pm 5,15$ лет ($p=0,499$) соответственно – в группе девочек 5-6 лет, то есть средний возраст матери на момент рождения ребенка составил 29-30 лет.

Установлено, что частота прикладывания к груди в родовом зале реже в группе с вульвовагинитом – 26,7% по сравнению с 56,2% группы сравнения ($p<0,001$), не прикладывали к груди – 17,8% в группе с вульвовагинитом и 5,0% – группы сравнения ($p=0,012$), остальные мамы затруднялись ответить на данный вопрос. Неприккладывание новорожденной к груди в родовом зале – фактор риска вульвовагинита: ОШ=4,16 (95% ДИ: 1,41-12,26).

Не кормили грудью 9,6% матерей девочек с вульвовагинитом и 9,9% – группы сравнения. Продолжительность лактации в исследуемых группах статистически не отличалась. Девочек в возрасте 3-4 лет кормили грудью в основной группе 14,0 месяцев (8,3–18,0 месяцев), в группе сравнения – 11,0 месяцев (8,0–15,0 месяцев); девочек в возрасте 5-6 лет кормили грудью 12,0 месяцев (7,0–18,0 месяцев) в группе с вульвовагинитом и 12,0 месяцев (3,0–18,0 месяцев) в группе сравнения. В объединенной группе от 3 до 6 лет 36,2% женщин из группы сравнения кормили грудью до 6 месяцев и 23,1% – в группе с вульво-



вагинитом, до 1 года кормили 26,4% и 26,2% соответственно, до 1,5 лет 24,2% и 29,2% мам соответственно.

Основными причинами прекращения лактации мамы девочек указали «мало молока», «из-за болезни». Прекращение лактации по причине «мало молока» было сопоставимым 26,6% в группе с вульвовагинитом и 29,6% – в группе сравнения, «из-за болезни» 4,6% и 3,1% соответственно. Обнаружено, что частота отказа от грудного вскармливания со стороны ребенка выше в группе с вульвовагинитом – 17,2% и лишь 3,4% в группе сравнения ($p=0,009$).

Заключение

Установлено, что при рождении в группе с вульвовагинитом реже встречались девочки с массо-ростовым коэффициентом при рождении менее 3 центиля ($p=0,044$), дети с вульвовагинитом чаще отказывались от кормления грудью ($p=0,009$), неприкладывание новорожденной к груди в родовом зале увеличивало вероятность развития вульвовагинита в 4,16 раза (95% ДИ: 1,41-12,26).

ЭКСПРЕССИЯ МРНК ГЕНОВ KI67, P16, PGR И BCL2 В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОВЫШЕННОГО РИСКА НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПРИ ВПЧ- АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

**Бурменская О.В., Назарова Н.М., Сычева Е.Г., Довлетханова Э.Р.,
Абакарова П.Т., Трофимов Д.Ю.**

г. Москва

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

Актуальность

Рак шейки матки является второй по распространенности среди женщин во всем мире. Основным причинным фактором заболевания является персистенция папилломавирусной инфекции человека.

Цель

Выявить особенности изменения уровня экспрессии мРНК генов человека у пациенток с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки, в том числе L-SIL, для прогнозирования развития и течения неопластической трансформации эпителия шейки матки.



Материалы и методы

В одномоментное проспективное исследование были включены 225 женщин, в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст $31,6 \pm 0,5$ г). Длительность наблюдения за пациентами составила $12,4 \pm 5$ месяцев. Комплексное обследование женщин включало: сбор жалоб, анамнеза, гинекологический статус, расширенная кольпоскопия, молекулярно-биологические методы исследования, цитологическое исследование, гистологическое исследование биопсийного материала (по показаниям). Молекулярно-биологические методы исследования включали проведение метода мультиплексной ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени для определения 21 типа ВПЧ (6,11, 16,18,26,31,33,35,39,44(55), 45, 51,52,53,56,58,59,66,68,73,82) с определением вирусной нагрузки (наборы ООО «НПО ДНК-технология», Россия). Экспрессию мРНК генов MKI 67 (KI67), CTSL2, CDKN2A (P16), ESR1, PGR, BCL2, BAX, BAG1, CD68, SCUBE2, PTEN определяли методом количественной ОТ-ПЦР в режиме реального времени (ООО «НПО ДНК-технология», Россия).

Результаты

По полученным результатам были сформированы 2 группы: 45(20%) – ВПЧ-негативные (I группа – контрольная), 180(80%) – ВПЧ-позитивные (основная группа), которые были разделены на 4 группы: II группа – 56 (24.9%) женщин с латентной формой (ВПЧ-носительство) и с субклиническими формами ПВИ (экзофитные кондиломы шейки матки, плоская кондилома шейки матки), III группа – 50 (22.2%) с LSIL, IV группа – 55 (24.4%) с HSIL, V группа – 19 (8.5%) с РШМ.

По результатам исследования во II группе выявлено достоверное повышение экспрессии мРНК MKI67 (KI67) в 1,8 раза ($p=8,3 \times 10^{-3}$), CDKN2A (P16) в 1,6 раза ($p=4,6 \times 10^{-2}$), CTSL2 в 1,5 раза ($p=3,2 \times 10^{-2}$) по сравнению с контрольной группой. В III группе отмечено достоверное повышение экспрессии мРНК MKI67 (KI67) в 1,5 раза ($p=4,4 \times 10^{-2}$) и CDKN2A (P16) в 2,9 раза ($p=2,2 \times 10^{-4}$) по сравнению с контрольной группой. В IV группе выявлено достоверное повышение MKI67 (KI67) в 2,5 раза ($p=5,7 \times 10^{-6}$), CDKN2A (P16) в 5,9 раза ($p=1,2 \times 10^{-7}$) по сравнению с контрольной группой. В IV группе повышение экспрессии мРНК еще более существенно: MKI67 (KI67) в 10,3 раза ($p=1,6 \times 10^{-7}$), CDKN2A (P16) в 11 раз ($p=1,7 \times 10^{-5}$). При этом отмечается снижение BCL2 в 3,6 раза ($p=2,2 \times 10^{-4}$), SCUBE2 в 2,5 раза ($p=2,5 \times 10^{-2}$), BAG1 и BAX в 1,9 раза ($p=7,5 \times 10^{-3}$ и $p=1,6 \times 10^{-2}$ соответственно), PTEN в 1,4 раза ($p=1,4 \times 10^{-3}$). Значительно (в 25 раз) снижается рецепторный аппарат клеток – ESR1 и PGR ($p=3,2 \times 10^{-4}$ и $p=3,2 \times 10^{-5}$ соответственно), по сравнению с контрольной группой. На основании полученной функции для каждого образца была рассчитана вероятность развития неопластической трансформации эпителия шейки матки. Для определения критического значения вероятности (точка cut-off) был выполнен ROC-анализ. В группу высокого риска развития неопластической трансформации эпителия шейки матки попали 29 пациенток: 5 (8.9%) – из II группы, 9 (18%) – из III группы, 15 (27.3%) – из IV группы. Частыми типами ВПЧ у пациенток группы риска являлись: 16 (65%), 58(24%), 31(13%), 33(13%), 39(10%),



52(6,8%), в 65.5% случаях выявлено наличие 2 и более типов ВПЧ, вирусная нагрузка у 69% случаев была клинически значимой.

Заключение

Повышение экспрессии мРНК генов MKI67 (KI67), CDKN2A (P16), снижение экспрессии PGR, BCL2 в сочетании с высоко онкогенными типами ВПЧ (особенно 16, 58, 31, 33, 39), высокой вирусной нагрузкой, ненормальной кольпоскопической картиной, коррелируют с исходами LSIL и могут рассматриваться как возможные биомаркеры прогнозирования течения уже развившейся неоплазии.

ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ФЕРТИЛЬНЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОЭСТРОГЕНИЕЙ

Исмаилова З.И., Азизова Д.Ш., Азизова Г.Д., Азизова Э.И.

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии

Актуальность

Общеизвестно, что недостаток половых гормонов, особенно эстрогенов, является одним из ключевых патогенетических факторов развития остеопороза у женщин. Отсутствуют данные о частоте снижения минеральной плотности кости у женщин различных возрастных групп. Не уточнена значимость факторов риска развития остеопороза у женщин репродуктивного возраста с учетом региональных особенностей Узбекистана. Подавляющее большинство женщин после овариэктомии не знают о состоянии своей костной системы и не получают препараты кальция с целью предотвращения остеопоротических изменений.

Цель

Цель исследования: изучить МПКТ у женщин репродуктивного возраста, перенесших двустороннюю овариэктомии, и выявить зависимость частоты компрессионных переломов от продолжительности постовариэктомического периода.

Материалы и методы

Проведено обследование 25 женщин в сроки от нескольких месяцев до 10 лет после овариэктомии по поводу доброкачественных новообразований. Возраст женщин составил от 30 до 45 лет. Всем женщинам проведено клиническое обследование с последующей денситометрией DEXA поясничного отдела позвоночника, шейки бедра бедренных костей и нижней трети предплечья.



Минеральная плотность костной ткани оценивалась в единицах стандартных отклонений от возрастной пиковой костной массы (Т критерий) и в процентах.

Результаты

У 7 женщин (28%) в постовариэктомическом периоде от 0 до 3-х лет Т критерий был от +1,7SD (108% от пика костной массы) до -2,8 SD (82% от пика костной массы). В среднем, минеральная плотность костной ткани была на уровне 99,7%. Компрессионных переломов позвонков не было. В сроки от 3-х до 10 лет после операции 7 (28%) женщин имели отрицательные значения Т критерия от -1,3SD (85% костной массы) до -4,2SD (63% костной массы). В среднем потери костной массы составили 21,4%. Компрессионных переломов не выявлено. Показатели Т- критерия у 11 (44%) женщин в сроки более 10 лет после операции были от 1,3SD (85% костной массы) до -5,2SD (50% костной массы). Средняя потеря костной массы, как и в предыдущей группе составляла 21%. У 9 (36%) из них наблюдался компрессионный перелом поясничных позвонков (от 1 до 3).

Заключение

У женщин, перенесших двустороннюю овариэктомию и не получающих гормонозаместительную терапию, препараты кальция и витамина D, четко выявляется остеопороз в отдаленном послеоперационном периоде.

Ведущим осложнением этого периода являются компрессионные переломы позвонков. Обращает на себя внимание, что основным критерием появления переломов является не только степень потери костной массы, но также и длительность послеоперационного периода после удаления яичников.

ОППОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ВОЗБУДИТЕЛИ У ЖЕНЩИН С ТРИХОМОНИАЗОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ И ОДНОВРЕМЕННО С ЦИСТИТОМ И УРЕТРИТОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Морева Ж.Г.¹, Миронов А.Ю.¹, Васильев М.М.², Сащенко В.П.³

г. Москва

1 МНИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского, г. Москва

2 ГНЦ дерматовенерологии и косметологии, г. Москва

3 НУЗ Отделенческая больница на станции Иваново ОАО «РЖД», г. Иваново

Актуальность

У женщин, заражённых *Trichomonas vaginalis*, значительно изменяется состав нормальной влагалищной микрофлоры вплоть до полного дисбиоза влагалища, часто в повышенном титре выделяются род *Streptococcus*, род *Staphylococcus*, различные рода кишечных бактерий. Паразитируя во влага-



лице, *T.vaginalis* изменяет микрофлору биотопы, значительно увеличивая РН, что создаёт благоприятные условия для активации эндогенной микробиоты влагалища. Именно условно-патогенным микроорганизмам принадлежит ведущая роль в длительном поддержании патологического процесса в половых органах. В присутствии *T.vaginalis*, условно-патогенная микрофлора влагалища оказывает влияние на выработку иммунными клетками противовоспалительных цитокинов, что препятствует полноценному иммунному ответу и способствует длительному хроническому воспалению.

Цель

Цель работы: выявить возбудителей хронического цервицита у женщин с одновременно протекающим циститом и уретритом.

Материалы и методы

Описывается клинический случай выявления этиологических факторов хронического цервицита у женщин с одновременно протекающим циститом и уретритом.

Результаты

Пациентка в возрасте 35 лет обратилась на осмотр к гинекологу в ноябре 2018 года, поставлен клинический диагноз: хронический цервицит, хронический левосторонний сальпингоофорит, кистозное образование на шейке матки. Выявлены сопутствующие заболевания: частые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, хронический тонзиллит, хронический цистит и уретрит, в анамнезе арахноидит. Гинекологический анамнез пациентки: половая жизнь с 16 лет, было 3 половых партнёра, беременности не было, не замужем. У пациентки был арахноидит, проявления которого сохраняются и до настоящего времени. В данный момент у больной в иммунограмме наблюдается снижение количества НК клеток. В течение 3-х последних лет у пациентки наблюдался хронический цервицит, в отделяемом с шейки матки выявлялась *T.vaginalis*, из влагалища – род *Candida*. С середины 2017 года у пациентки, после нового полового контакта, наблюдалось резкое обострение воспалительных заболеваний половых органов, прогрессировали рецидивы цистита и остро проявился уретрит, рецидивы уретрита наблюдались 5 раз в год. При бактериологическом исследовании мочи и отделяемого влагалища выявлена в диагностическом титре *Escherichia coli*, устойчивая к пенициллинам I поколения, цефалоспорином, фторхинолоном, аминогликозидам I и II поколения и род *Enterococcus*, чувствительный к основным классам антибиотиков. При бактериологическом исследовании и с помощью ПЦР отделяемого с шейки матки и из уретры выявлен *Streptococcus viridans* в количестве 107 КОЕ/мл, резистентный к 8 основным классам антибиотиков, умеренно чувствительный к амоксицилину, цефтриаксону, ванкомицину. Методом ПЦР в отделяемом с шейки матки обнаружена *Chlamydia trachomatis* (пациентка заразилась после нового полового контакта), *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *C. albicans*, микроскопическим методом выявлена обильная грамположительная микрофлора. Из сыворотки крови путем ИФА выявлены антитела к вирусу



простого герпеса (II), вирусу Эпштейна-Барр, грибам *C. albicans*, *Aspergillus fumigatus* в высоких диагностических титрах. Микроскопическим и культуральными методами из влагалища, цервикального канала и уретры выявлена *T.vaginalis*.

Заключение

Описанный клинический случай показывает, что *Streptococcus viridans* вместе с присоединившимися ИППП явился этиологическим фактором хронического цервицита. Одновременно очаг стрептококковой инфекции находился и в уретре. С другой стороны выделения из половых органов способствовали проникновению условно-патогенных и патогенных возбудителей в уретру и мочевого пузыря. Заражение ИППП привело к активации эндогенной микрофлоры мочеполовых органов, что выразилось и в ярких клинических проявлениях цистита и уретрита.

АЛЬФА-2 МИКРОГЛОБУЛИН ФЕРТИЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ДИНАМИКЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Омарпашаева М.И., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х-М.

г. Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность

Эндометриальные белки и эпителиоциты маточных желез оказывают влияние на течение репродуктивного процесса. Известно более 30 эндометриальных протеинов, которые влияют на имплантацию и развитие эмбриона на первых этапах жизни. Самый изученный из них – гликоделин или альфа-2-микроглобулин фертильности (АМГФ), экспрессируемый в секреторном и децидуализированном эндометрии.

Функция гликоделина заключается в иммуносупрессивном влиянии на эндометрий и локальном подавлении иммунного ответа матери на развивающийся эмбрион, необходимом для имплантации и сохранения беременности. В исследованиях проведенных Bastu et al. (2015) замечено, что у женщин с привычным невынашиванием беременности и бесплодием неясного генеза значительно снижен уровень гликоделина в крови в период «окна имплантации».

Цель

Определение уровня эндометриального белка гликоделина у женщин после прерывания неразвивающейся беременности и в динамике комплекс-



ного восстановительного лечения ультразвуковым кавитационным орошением полости матки и пелоидотерапии гипосульфитными грязями.

Материалы и методы

В исследование включены 50 женщин после прерывания несостоявшегося выкидыша в сроке до 12 недель, которые поделены на две группы. В первой группе в комплексе терапии проводилось кавитационное ультразвуковое орошение полости матки 0,01% раствором бензилдиметила в сочетании с ректальным введением грязевых тампонов и аппликаций на зону «трусиков». Вторая группа получила только стандартную антибактериальную терапию.

Результаты

В крови, забранной на 2 день менструального цикла следующего после вакуум-аспирации полости матки, во всех группах выявлено статистически значимое ($p \leq 0,001$) снижение содержания эндометриального гликоделина в 4,5 раз по сравнению с группой контроля. При этом, в первой группе, которая получила курс комплексного восстановительного лечения, концентрация альфа-2-микроглобулина незначительно (в 1,5 раз) превышает его уровни в других группах: 12,6 (2,9) мкг/мл, тогда как во второй 9,3 (2,4) мкг/мл.

После трех курсов проведенной реабилитации именно в первой группе удалось достичь нормального уровня содержания исследуемого белка: в динамике терапии его концентрации возрастала с 12,6 (2,9) мкг/мл до 44,1 (8,2) мкг/мл.

Во второй группе, где пациентки получили стандартную антибактериальную терапию и не проходили реабилитации, достоверно значимого изменения содержания исследуемого гликопротеина не наблюдалось, что говорит о функциональной неполноценности эндометрия у данной группы исследуемых.

Заключение

Комплексное применение кавитационного орошения полости матки и грязелечения у женщин после прерывания регрессирующей беременности приводит к достоверно значимому увеличению уровня АМГФ.



ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ ДЛЯ ОЦЕНКИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА

**Файзирахманова М.М., Сударева М.В., Абаева Е.В.,
Олейниченко О.Н.**

г. Ташкент
РСНПМЦ А и Г

Актуальность

Бактериальный вагиноз – это инфекционное невоспалительное заболевание, характеризующееся резким снижением или отсутствием лактофлоры и её заменой на полимикробные ассоциации анаэробов и гарднереллы. Многообразие различных микроорганизмов, участвующих в возникновении бактериального вагиноза, объясняет термин «бактериальный», а в связи с отсутствием в отделяемом влагалища лейкоцитов – клеток, ответственных за развитие воспалительной реакции, произошло изменение термина «вагинит» на термин «вагиноз». У здоровых девушек и женщин 16-40 лет ведущее место в вагинальном биоценозе занимают лактобактерии, занимающие более 95 % всей микрофлоры влагалища. Кроме лактобактерий, в состав влагалищной микрофлоры входят более 300 микроорганизмов, которые составляют оставшиеся 5 %. В состав нормальной микрофлоры влагалища могут входить всевозможные микроорганизмы.

Цель

Целью исследования было изучить характеристики биоценозов урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста с применением теста «Фемофлор – 8».

Материалы и методы

Критериями включения в группу исследования были: возраст от 18 до 50 лет, отсутствие заболеваний, вызванных облигатными патогенами: сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз, ВИЧ. Критерии исключения: беременность или лактация, системное применение гормональных контрацептивных средств, а также антибактериальных препаратов в последние 2 месяца, использование местных лекарственных препаратов в течение трех недель, предшествующих обследованию. Проведенное клиническое исследование показало, что все женщины (76 человек) обратились с разнообразными жалобами со стороны урогенитального тракта. Это были жалобы на умеренные выделения из половых путей или реже чувство жжения и дискомфорта в области наружных половых органов. Материал для исследования собирали с заднебоковой стенки влагалища в пробирку эппендорф, содержащую 1 мл физиологического раствора, хранение и транспортировку материала проводили согласно действующим нормативным документам. ДНК выделяли с использованием комплекта реагентов Проба-НК (ООО «НПО ДНК-Технология»). Исследование биоценоза влагалища проводили методом ПЦР с детекцией результатов в режиме реаль-



ного времени (ПЦР-РВ) с использованием реагентов «Фемофлор-8» (ООО «НПО ДНК-Технология») в детектирующем амплификаторе ДТ-96 согласно инструкции производителя. Контролем взятия материала (КВМ) служило количество эпителиальных клеток во взятом материале по результатам анализа геномной ДНК человека в каждом образце. При помощи специализированного программного обеспечения рассчитывали количество (в геном-эквивалентах/мл (гэ/мл)) общей бактериальной массы (ОБМ), лактобацилл и различных групп условнопатогенных микроорганизмов (МО) (факультативно- и облигатно-анаэробных МО, микоплазм и дрожжеподобных грибов). Также оценивали долю нормофлоры, факультативно-анаэробных микроорганизмов и облигатно-анаэробных микроорганизмов в процентах среди всех выявленных бактерий. В соответствии с данными клинической апробации теста «Фемофлор-8» была предложена следующая классификация видов биоценоза: 1. нормоценоз (абсолютный нормоценоз) – вариант биоценоза, при котором доля нормофлоры в его составе была более 80% относительно общей бактериальной массы (ОБМ), количество *Mycoplasma* spp., *Candida* spp. менее 104 гэ/мл; 2. относительный нормоценоз – вариант биоценоза, при котором доля нормофлоры в его составе была более 80% относительно ОБМ, количество *Mycoplasma* spp., *Candida* spp. более 104 гэ/мл; 3. умеренный (анаэробный) дисбаланс – вариант биоценоза, при котором доля лактобактерий определяется в пределах 20-80% относительно ОБМ и увеличена доля анаэробов; 4. выраженный (анаэробный или смешанный) дисбаланс – вариант биоценоза, при котором доля анаэробов достигает 80% относительно ОБМ, а доля лактобактерий снижается менее 20% относительно ОБМ.

Результаты

Комплексная оценка урогенитальной биоты позволила выделить 4 основных типа биоценоза влагалища: 1-й тип – нормоценоз 23 женщины (30,3%); 2-й тип – умеренный дисбиоз – 10 женщин (13,2%); 3-й тип – выраженный дисбиоз – 19 человек (25%), 4 тип – относительный нормоценоз – 24 женщины (31,6%). Показателем правильного взятия биоматериала являлось достаточное количество геномной ДНК человека в пробе (КВМ), оптимальная величина этого показателя должна составлять не менее 104 в логарифмическом масштабе. Оценка нормобиоты урогенитального тракта женщин с помощью теста «Фемофлор-8», где основным представителем являются лактобактерии, выявила следующие состояния: умеренно сниженный уровень лактобацилл – это 10 женщин (13,2%); значительно сниженный уровень лактобацилл – 19 человек (25%), третью группу представили женщины, у которых абсолютный показатель уровня лактобацилл практически не отличается от абсолютного показателя общей бактериальной массы, т. е. составляет 106-108 lg – это 47 пациенток (61,8%). Проведенные исследования показали, что у 29 женщин (38,2%) выявили угнетение нормальной биоты, что делает возможным заселение влагалища патогенными микроорганизмами или чрезмерное размножение условно-патогенных микроорганизмов (УПМ). С помощью теста «Фемофлор-8» была проведена оценка анаэробной микробиоты. Так, у 12 женщин с выраженным дисбиозом преобладали факультативные анаэробы сем. Enterobacteriaceae.



У 9 пациенток преобладали облигатные анаэробы – *Gardnerella vaginalis* + *Prevotella bivia* + *Porphomonas* spp. Причем у 3 пациенток наблюдалось сочетание факультативных и облигатных анаэробов. У 2 пациенток с выраженным дисбиозом выявлена *Mycoplasma hominis*. У 1 пациентки выявлены дрожжеподобные грибы рода *Candida* spp. в сочетании с патогенным микроорганизмом *Mycoplasma genitalium*. В группе женщин с умеренным дисбиозом у 2 наблюдалось снижение нормофлоры без присутствия других микроорганизмов. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* spp. были обнаружены в 1 случае. У 6 женщин преобладали факультативные анаэробы сем. Enterobacteriaceae и составили 85-100 % от ОБМ. У 4 пациенток преобладали облигатные анаэробы – *Gardnerella vaginalis* + *Prevotella bivia* + *Porphomonas* spp.. У 3 пациенток наблюдалось сочетание факультативных и облигатных анаэробов, причем у 1 из них выявлены дрожжеподобные грибы рода *Candida* spp. В группе женщин с относительным нормоценозом у 16 пациенток присутствовали факультативные анаэробы сем. Enterobacteriaceae в количестве больше 10 % от ОБМ и в 1 случае в сочетании с облигатным анаэробом *Eubacterium* spp.. Анализ этиологической структуры выявленного дисбаланса продемонстрировал превалирование грибов рода *Candida* – у 4 женщин, *Mycoplasma genitalium* – у 2, *Gardnerella vaginalis* + *Prevotella bivia* + *Porphomonas* spp.– у 1.

Заключение

Таким образом, в структуре нарушений биоценозов урогенитального тракта основную роль играют анаэробные микроорганизмы, в том числе с участием кандид и микоплазм. С помощью лабораторного теста «Фемофлор -8» трудно культивируемые облигатно-анаэробные бактерии легко определяются. Использование ПЦР в реальном времени позволило установить, что 69,7% женщин имели те или иные нарушения биоценоза влагалища, что безусловно является одной из ведущих причин урогенитальных воспалительных заболеваний, которые занимают важное место в акушерско-гинекологической практике. На основании полученных данных можно говорить о том, что применение углубленных методов диагностики, инновационных лабораторных технологий, а именно ПЦР в реальном времени позволяет в короткие сроки, объективно, точно оценить систему биоценоза влагалища путем учета биоты изучаемого эпитопа в целом. Тест «Фемофлор -8» предлагает принципиально новый подход по оценке физиологического равновесия и дисбаланса биоты, что дает возможность в случае необходимости выбрать правильную терапию и контролировать ее проведение, определять критерии излеченности и прогноз заболевания.



Тематика:

Репродуктология

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЕМ ИМПЛАНТАЦИИ ЭМБРИОНА В ПРОГРАММАХ ВРТ

Гохберг Я.А., Махмудова Г.М., Кибанов М.В.

г. Москва

Клинический Госпиталь на Яузе

Актуальность

Современные методы повышения эффективности программ вспомогательных репродуктивных технологий включают проведение преимплантационного генетического тестирования эмбрионов на наличие хромосомных нарушений и изучение состояния эндометрия для правильной имплантации эмбриона. Несмотря на то, что проводится перенос морфологически и генетически полноценного эмбриона при правильно подготовленном эндометрии, беременность не наступает. Возможная причина – индивидуальные особенности эндометрия, его рецептивности, что связано со смещением периода «имплантационного окна» – времени, когда эндометрий максимально готов к имплантации эмбриона.

Цель

Изучение рецептивности эндометрия и периода «имплантационного окна» для эффективного переноса эмбриона в полость матки.

Материалы и методы

Определение рецептивности эндометрия проводилось пациенткам с бесплодием, в тех случаях, когда неоднократный перенос генетически полноценного эмбриона не приводил к имплантации и наступлению беременности: трех попыток в случае женщин моложе 37 лет и двух попыток для женщин старшего возраста (при условии отсутствия морфологических изменений эндометрия).

Исследование эндометрия для определения уровня рецептивности и периода «имплантационного окна» было реализовано путем применения теста



Endometrium Receptivity Assay. В рамках теста проводился анализ мРНК 238 генов, показавших статистически достоверное различие уровня экспрессии при анализе образцов пререцептивного, рецептивного и пострецептивного эндометрия. Для проведения исследования пул мРНК, выделенный из клеток эндометрия, анализировали с помощью технологий микроматричного анализа или высокопроизводительного секвенирования (NGS). Последующая математическая обработка результатов позволила оценить наличие различных мРНК и определить состояние эндометрия в зависимости от транскрипционного профиля образца. Для исследования проводился забор эндометрия путем Пайпель-биопсии в цикле заместительной гормональной терапии (ЗГТ) или естественном цикле.

Результаты

Результаты проведенных исследований уровня рецептивности эндометрия выявили смещение периода «имплантационного окна» у 36% пациенток. При этом смещение в сторону более позднего времени наступления зрелости эндометрия было обнаружено у 90% женщин из них, тогда как в более ранние сроки – у остальных 10% пациенток. «Нерецептивный» статус эндометрия свидетельствует о смещении периода «имплантационного окна». При этом анализ транскрипционного профиля образца позволяет предсказать в какую именно сторону относительно дня биопсии в рамках выбранного варианта цикла произошло смещение ($\pm 1, 2$ или 3 дня).

Полученные результаты позволяют проводить перенос эмбрионов в индивидуальном для каждой пациентки порядке, с учетом данных об уровне рецептивности эндометрия. В 74% случаев исследование показало «рецептивный» статус эндометрия. Результат теста показывает состояние эндометрия на день проведения биопсии строго в рамках выбранного типа цикла. «Рецептивный» статус эндометрия означает, что период «имплантационного окна» для конкретного типа цикла приходится на момент биопсии и данный промежуток времени является наиболее благоприятным для имплантации развивающегося эмбриона.

Предложенная выборка генов позволяет, как и в случае теста ERA, дифференцировать статус образцов эндометрия как «рецептивный», «пре-» или «пострецептивный».

Заключение

на сегодняшний день наиболее эффективными и точными методами диагностики периода «имплантационного окна» представляются подходы, основанные на изучении транскрипционного профиля образца ткани эндометрия. Анализ наличия матричных РНК позволяет не только точно диагностировать уровень рецептивности эндометрия на момент биопсии, но и достоверно предсказать возможное смещение периода «имплантационного окна» на более ранний или более поздний сроки.



ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С НИЗКИМ ВЕСОМ ПРИ РОЖДЕНИИ

**Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Роговая А.А., Иванова А.Н.,
Теребиленко Н.В.**

г. Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность

В настоящее время в РФ рождается 5,9% детей с низкой массой тела. Обще-признанным является факт, что маловесность при рождении может стать причиной сердечно-сосудистых заболеваний в будущем. По данным отдельных авторов, стандартизированный показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у женщин, родившихся с массой менее 2500г достигает 80%. Так как артериальная жесткость является одним из главных предикторов сердечно-сосудистых заболеваний, то изменения эластических свойств сосудов при беременности могут иметь прогностическую роль в отношении развития как акушерских осложнений, так и сердечно-сосудистых заболеваний в будущем.

Цель

Оценить особенности сосудистого статуса при беременности с учетом маловесности при рождении.

Материалы и методы

Обследовано 167 беременных женщин (средний возраст $28 \pm 2,3$ л). С учетом срока гестации (до 20-й и после 20-й недели), проводилась оценка сосудистого статуса с использованием аппарата BPLab (Россия). Оценивались основные показатели сосудистой ригидности и центрального аортального давления в суточном формате (всего более 20 показателей). Основную группу составили женщины с весом при рождении <2500 г ($n=38$, ср. возраст $28 \pm 2,1$ л), группу сравнения – женщины с нормальным весом при рождении ($n=129$, средний возраст $28 \pm 2,4$ л). Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы MicrosoftExcel.

Результаты

Выделенные группы различались по среднесуточным значениям периферического АД, продемонстрировав большие значения в основной группе ($126/80$ и $121/72$ мм рт. ст. до 20 нед беременности; $119,5/76$ и $120/68$ мм рт.ст. после 20 нед беременности, соответственно) ($p < 0,05$). Скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWV_{ao}) большие значения имела в основной группе, достигнув достоверных различий после 20 нед беременности (1 группа: до 20 нед – $9,3$ м/с, после 20 нед – $9,8$ м/с; 2 группа: до 20 нед – $7,5$ м/с, после 20 нед – $7,9$ м/с). Индекс ригидности артерий (Asi) в основной группе имел более высокие значения на всем протяжении беременности (1 группа: до 20 нед – 137 мм



рт.ст., после 20 нед -130мм рт.ст.; 2 группа: до 20 нед – 122,5 мм рт.ст., после 20 нед -122 мм рт.ст.). Показатель индекса аугментации в аорте (AiXao) так же достоверно выше оказался в 1 группе (21% и -11%, во 2 группе -4% и 2,5% соответственно). Частота развития осложнений беременности (преэклампсия, гестационная АГ, СЗРП, антенатальная гибель плода) в основной группе была в 2,3 раза выше, чем в группе сравнения.

Заключение

Таким образом, беременные с низким весом при рождении характеризовались достоверно более высокими показателями сосудистой жесткости как на периферических сосудах, так и в аорте. Осложнения беременности имели место у каждой 10 женщины с низким весом при рождении. Маловесность при рождении может выступать в качестве дополнительного фактора риска развития осложнений беременности, а в перспективе на зрелый возраст – как предиктор сердечно-сосудистых заболеваний.

ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ МИКРОВИБРАЦИИ ЭМБРИОНОВ ЧЕЛОВЕКА ПЕРВЫХ ПЯТИ СУТОК КУЛЬТИВИРОВАНИЯ НА ЧАСТОТУ НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Романов А.Ю., Долгушина Н.В., Макарова Н.П.

г. Москва

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

Актуальность

Условия развития эмбриона при культивировании *in vitro* отличаются от естественных, поэтому большое внимание уделяется подбору параметров культивирования эмбрионов в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Проводится подбор оптимального состава культуральной среды и параметров газовой смеси, однако подавляющее большинство систем представляют собой относительно небольшой объем статичной культуральной среды, тогда как при развитии эмбриона *in vivo*, он находится в постоянном динамическом взаимодействии с материнским организмом. Культивирование эмбрионов в условиях микровибрации не только положительно влияет на частоту blastulation, но также позволяет повысить вероятность наступления беременности, особенно у пациенток позднего репродуктивного возраста.



Цель

Цель исследования – оценить влияние контролируемой механической микровибрации эмбрионов человека первых пяти суток развития на частоту наступления беременности в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

Материалы и методы

В проспективное когортное исследование вошли 618 супружеских пар. Стимуляция функции яичников проводилась по протоколу с антагонистами гонадотропин-релизинг гормона. В качестве триггера овуляции использовали хорионический гонадотропин или агонист ГнРГ. Морфологическую оценку эмбрионов по классификации Гарднера (Gardner DK, 1999) проводил эмбриолог через 120–122 часа после оплодотворения. Перенос эмбрионов в полость матки проводили на 5-е сутки культивирования. Наступление беременности оценивали по уровню β -ХГЧ в крови пациенток через 14 суток после переноса эмбриона. При культивировании в условиях механической микровибрации инкубатор помещали на платформу AristTT180-s (K&S Advanced Systems Ltd, Израиль) в режиме активной вибрации с частотой 40 Гц в течение 30 секунд с интервалом покоя 30 минут. Проведение исследования одобрено комиссией по этике ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России.

Результаты

Из 618 супружеских пар, включенных в исследование, эмбрионы 129 пар культивировали с применением механической вибрации (группа микровибрации), эмбрионы 489 пар – в стандартных условиях (группа контроля). Возраст пациенток не различался в группах сравнения и составил $34,4 \pm 5,2$ и $34,1 \pm 5,0$ лет, соответственно ($p = 0,534$). Для большинства супружеских пар данная попытка ЭКО была первой (ИР = 1 – 2 для обеих групп, $p = 0,281$). Число полученных ооцитов также не различалось в группах сравнения и составило 7 (4 – 11) и 7 (4 – 12), соответственно ($p = 0,121$). Частота переноса двух эмбрионов в полость матки составила 19,6% в группе микровибрации и 16,7% в группе контроля ($p = 0,310$). Показаниями для переноса двух эмбрионов в большинстве случаев послужили поздний репродуктивный возраст и множественные неэффективные попытки ЭКО в анамнезе супружеских пар. Частота наступления беременности была выше группе микровибрации (30,2%), чем в контрольной группе (24,1%, $p = 0,098$).

Заключение

Таким образом, использование систем культивирования с применением контролируемой механической микровибрации приводит к значительному (на 6,1%) повышению частоты имплантации эмбриона в программах вспомогательных репродуктивных технологий. Тем не менее, для внедрения данного способа культивирования эмбрионов в широкую клиническую практику необходимы дальнейшие исследования с оценкой частоты клинической беременности, частоты рождения живого здорового ребенка и отдаленных исходов.



КУЛЬТУРАЛЬНАЯ СРЕДА, ОБОГАЩЁННАЯ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ, ПРИ ПЕРЕНОСЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ЭМБРИОНОВ В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Романов А.Ю., Долгушина Н.В., Макарова Н.П.

г. Москва

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

Актуальность

Существуют различные причины неудачи имплантации криоконсервированных эмбриона высокого качества в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Одна из них – отсутствие формирования адгезивного матрикса между эмбрионом и эндометрием. Исходя из вышеперечисленного, актуальным представляется поиск молекул, применение которых при переносе эмбрионов повышает адгезивность эмбриона к эндометрию. Одной из таких молекул является гиалуроновая кислота.

Цель

Цель исследования – оценить частоту наступления беременности при переносе криоконсервированных эмбрионов в среде, обогащенной гиалуроновой кислотой, и при переносе в обычной культуральной среде.

Материалы и методы

В ретроспективное исследование были включены 775 супружеских пар с бесплодием и наличием криоконсервированных эмбрионов. Криоконсервацию эмбрионов в полость матки проводили на 5-е или 6-е сутки культивирования. Всем пациенткам, включенным в исследование, проводили перенос одного или двух размороженных эмбрионов в полость матки. Подготовка эндометрия для переноса криоконсервированных эмбрионов проводилась с использованием циклической гормональной терапии. УЗИ эндометрия осуществлялось на 9-10 день менструального цикла для коррекции дозы эстрогенов и на 15-16 день цикла для назначения гестагенов. Перенос эмбрионов осуществлялся на 20-21 день цикла, размораживание эмбрионов осуществлялось согласно принятым в клинической практике протоколам.

Результаты

Из 775 супружеских пар, включенных в исследование, эмбрионы 122 пар переносили в культуральной среде, обогащенной гиалуроновой кислотой (группа 1), эмбрионы 653 пар – в обычной культуральной среде (группа 2). Возраст пациенток не различался в группах сравнения и составил $34,7 \pm 4,7$ и $34,4 \pm 5,6$ лет, соответственно ($p = 0,537$). Частота переноса двух эмбрионов в полость матки составила 19,5% в группе 1 и 25,8% в группе 2 ($p = 0,176$).



Показаниями для переноса двух эмбрионов в большинстве случаев послужили поздний репродуктивный возраст и множественные неэффективные попытки ЭКО в анамнезе. Частота биохимической беременности не различалась в группах сравнения и составила 32,8% ($n = 82$) и 39,2% ($n = 256$) в группах 1 и 2, соответственно ($p = 0,107$). Частота клинической беременности также не различалась в группах сравнения и составила 32,8% ($n = 29$) и 39,2% ($n = 201$), соответственно ($p = 0,072$).

Заключение

Рутинный перенос криоконсервированных эмбрионов в среде, обогащенной гиалуроновой кислотой, не приводит к повышению частоты наступления беременности в программах ВРТ. Дальнейшие исследования должны быть направлены на оценку эффективности переноса криоконсервированных эмбрионов в среде, обогащенной гиалуроновой кислотой, у различных категорий пациенток.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО БИОЦЕНОЗА У МУЖЧИН

Файзырахманова М.М., Сударева М.В., Абаева Е.В.

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии МЗ РУз

Актуальность

Наиболее частой причиной болезней мочеполовой системы у мужчин является инфекционно-воспалительный процесс, длительность и интенсивность которого определяет степень нарушений репродуктивной функции: хроническое воспаление оказывает продолжительное токсическое действие на сперматогенный эпителий, нарушает гематотестикулярный барьер, реологические свойства и химический состав семенной жидкости, а также может приводить к развитию аутоиммунных реакций, например, к образованию антиспермальных антител. Современным критериям диагностики ИППП соответствует метод полимеразной цепной реакции с детекцией результатов в режиме «реального времени» (ПЦР-РВ) с использованием тестов «Андрофлор Скрин» у мужчин, который является одновременно качественным и количественным и позволяет изучать нормальную, патогенную, условно-патогенную микрофлору биоценоза урогенитального тракта у мужчин.

Цель

Цель исследования: изучить характеристики биоценозов урогенитального тракта у мужчин с применением теста «Андрофлор Скрин».



Материалы и методы

Нами проведено инициативное проспективное исследование 30 мужчин, обратившихся в клинику РСНПМЦ А и Г. Критериями включения в группу пациентов являлись: возраст от 18 до 45 лет, наличие жалоб со стороны мочевого тракта, наличие клинических симптомов. Средний возраст мужчин составил 32.5 ± 7.6 лет. Материалом для исследования являлся соскоб из уретры, взятый уретральным зондом из уретры на глубину 3-4 см. Пациенту рекомендовалось воздержание от половой жизни, как минимум трое суток, перед взятием не мочиться в течение 1,5-2 часов. Все образцы биоматериала анализировали методом ПЦР-РВ с использованием наборов реагентов «Андрофлор Скрин» («НПО ДНК-Технология», Россия) и детектирующего амплификатора «ДТ-прайм» («НПО ДНК-Технология»).

Результаты

По результатам обследования с тестом «Андрофлор Скрин» у всех мужчин общая бактериальная масса (ОБМ) составила в абсолютных показателях количества бактерий в пороговых значениях от 104,0 до 106,2. Геномная ДНК человека служила для подтверждения наличия человеческого материала, пороговое значение ее составило у всех пациентов > 103.0 . Транзиторная микрофлора, представленная *Lactobacillus* spp., служит маркером наличия в половых путях транзиторной микрофлоры, попадающей в половые пути от гетеросексуального полового партнера. Пороговое значение ее составляет – 10 %. У обследуемой группы пациентов данный критерий был ниже 10 %. При установлении этиологической роли УПМ в развитии заболеваний МПС у мужчин учитывается тот факт, что в ее нижних отделах в норме присутствуют такие микроорганизмы, как *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp. и *Corynebacterium* spp., попадающие туда с кожи или во время полового акта. У 14 (47 %) – в биоматериале присутствовала нормальная микрофлора, причем количество ее было ниже пороговых значений, а у 16 (53 %) – не выявлена. Снижение нормобиоты трактуется как дисбиоз. У 14 (47 %) пациентов была выявлена *Gardnerella vaginalis*, у 1 пациента (3,3 %) – *Ureaplasma urealyticum*, у 4 (13,3 %) – *Ureaplasma parvum*, у 3 (10 %) – *Mycoplasma hominis*. У 13 пациентов (43,3 %) обнаружен дисбиоз, вызванный *Enterobacteriaceae* spp. / *Enterococcus* spp.. Причем у одного из них выявлен патоген - *Chlamydia trachomatis*. У 16 (53,3 %) обнаружен смешанный дисбиоз с преобладанием *Enterobacteriaceae* spp. / *Enterococcus* spp., из них у 1 пациента был обнаружен патоген - *Chlamydia trachomatis*. Следует отметить, что у 1 пациента (3,3 %), у которого наблюдался самый высокий уровень обсемененности (ОБМ = 106,2), выявлен выраженный дисбиоз с преобладанием УПМ (*Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*), в сочетании с *Enterobacteriaceae* spp. / *Enterococcus* spp..

Заключение

Таким образом, ПЦР-РВ с тестами «Андрофлор Скрин» дает возможность лечащему врачу в полной мере оценить микробиоту для эффективной диагностики нарушений биоценоза и назначать этиотропную лекарственную терапию.



ПОКАЗАНИЯ К ПГТ-А В ПРОГРАММАХ ВРТ

Долгушина Н.В.

г. Москва

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

Актуальность

Преимплантационное генетическое тестирование (ПГТ) – тест, выполняемый для анализа ДНК ооцитов или эмбрионов для определения генетических аномалий. Различают ПГТ-М/ПГТ-СП – вид ПГТ, направленный на выявление моногенных заболеваний или структурных хромосомных перестроек, и ПГТ-А – вид ПГТ, направленный на выявление анеуплоидий. Если показания к проведению ПГТ-М/ПГТ-СП четко определены, то показания к проведению ПГТ-А по-прежнему остаются дискуссионным вопросом.

Цель

Целью данного исследования явилась оценка сравнительной эффективности программ ВРТ с применением ПГТ-А и ВРТ без применения ПГТ-А в различных группах пациентов.

Материал и методы

В исследование были включены пациенты, проходящие лечение бесплодия в программах ВРТ, из них 160 пациенток позднего репродуктивного возраста (>35 лет) ($n=73$ – ВРТ с ПГТ-А, $n=87$ – ВРТ без ПГТ-А), 196 пациенток с привычным выкидышем (≥ 2 выкидышей в анамнезе) ($n=96$ – ВРТ с ПГТ-А, $n=100$ – ВРТ без ПГТ-А), и 56 пациентов с выраженной патоспермией у партнера ($n=33$ – ВРТ с ПГТ-А, $n=23$ – ВРТ без ПГТ-А). ПГТ-А проводилось методом микроматричной сравнительной геномной гибридизации (aCGH) на 5-е сутки культивирования эмбрионов с исследованием трофэктодермы бластоцисты для пациенток позднего репродуктивного возраста и имеющих привычный выкидыш в анамнезе (данные 2015-2018 г.), и методом флюоресцентной гибридизации in situ (FISH) на 3-е сутки культивирования эмбрионов с биопсией blastomera для пациентов с патоспермией у партнера (данные 2011-2014 гг.).

Результаты

У пациенток 35+ лет ВРТ с применением ПГТ-А увеличили шансы наступления беременности и живорождения в 3 раза, однако наибольшая эффективность, в том числе клинично-экономическая эффективность, ВРТ с применением ПГТ-А отмечалась в возрастной группе 36-39 лет, в которой данная стратегия позволила произвести экономию 70209,5 рублей для достижения одного дополнительного % живорождения. Причиной низкой эффективности ВРТ с применением ПГТ-А у пациенток 40+ лет явилась высокая доля отмен переносов эмбрионов по причине анеуплоидии всех полученных бластоцист (47% наблюдений). Было рассчитано, что для получения одного euploidного



эмбриона у пациенток 40–42 лет необходимо получить хотя бы 4 бластоцисты, у пациенток 43+ лет – 6 бластоцист.

У пациенток с привычным выкидышем ВРТ с применением ПГТ-А увеличили шансы живорождения в 2,4 раза, при этом наибольшая эффективность, в том числе клинико-экономическая эффективность, ВРТ с применением ПГТ-А отмечалась в подгруппе пациенток 30–39 лет с нормальным ИМТ (≤ 24 кг/м²), у которых ВРТ с применением ПГТ-А увеличивали шансы живорождения в 5 раз и позволили произвести экономию 63878,5 рублей для достижения одного дополнительного % живорождения. У пациенток с привычным выкидышем позднего репродуктивного возраста, а также с избыточной массой тела/ожирением, ВРТ с применением ПГТ-А не являлись клинически и клинико-экономически выгодной стратегией, что связано с высокой долей отмен переносов эмбрионов по причине анеуплоидии всех полученных бластоцист, наличием маточного фактора бесплодия и метаболических нарушений в данной группе пациенток.

У пациенток с патоспермией у партнера ВРТ с применением ПГТ-А увеличили шансы наступления беременности в 5,7 раз, шансы живорождения – в 3,8 раз, однако не были клинико-экономически выгодной стратегией, что связано с менее эффективной методикой ПГТ-А (метод FISH) и ее высокой стоимостью.

Заключение

Согласно клиническим рекомендациям, показаниями к применению ПГТ-А в программах ВРТ являются: поздний репродуктивный возраст пациентки, наличие привычного выкидыша или повторяющихся неудачных попыток переноса эмбриона, и тяжелые нарушения сперматогенеза у мужчин. Согласно полученным данным, а также противоречивым данным других научных исследований, требуются дальнейшие исследования в данной области с определением более стратифицированных показаний к назначению ПГТ-А в программах ВРТ с учетом их клинической и клинико-экономической целесообразности.

ПОКАЗАНИЯ К ВСПОМОГАТЕЛЬНОМУ ХЕТЧИНГУ В ПРОГРАММАХ ВРТ

Долгушина Н.В., Романов А.Ю., Макарова Н.П.

г. Москва

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

Актуальность

Процесс выхода из блестящей оболочки (ЗР) (хетчинг) – один из важнейших этапов преимплантационного развития эмбриона человека, а невозможность самостоятельного хетчинга является одной из причин неудачи



имплантации в циклах ВРТ. Стратифицированное применение механического нарушения целостности или полного разрушения ЗР (вспомогательный хетчинг, ВХ) может быть эффективным способом повышения эффективности программ лечения бесплодия методами ВРТ.

Цель

Целью данного исследования была оценка результатов программ ВРТ в зависимости от проведения и вида вспомогательного хетчинга в различных группах пациентов.

Материал и методы

В исследование были включены пациенты, проходящие лечение бесплодия в программах ВРТ, которые были стратифицированы на группу А – 228 пациентов с наличием показаний к ВХ (из них – группа А1 (n=175) с ВХ и группа А2 (n=53) без ВХ) и группу Б – 81 пациент без показаний к ВХ (из них – группа Б1 (n=34) с ВХ и группа Б2 (n=47) без ВХ). У эмбрионов 106 пациентов было выполнено частичное удаление ЗР (лазерный хетчинг), у эмбрионов 103 пациентов было проведено полное удаление ЗР (ферментативный хетчинг). Оценку степени зрелости, качества ооцитов и эмбрионов, и мониторинг хетчинга проводили с применением световой микроскопии (общее увеличение x400). Лазерный хетчинг бластоцист проводили с помощью системы лазерной диссекции (инфракрасный лазер). Ферментативный хетчинг проводили при помощи фермента проназа Е (40 МЕ/мл), растворение ЗР наблюдали под микроскопом, после чего отмывали эмбрион в культуральной среде с последующим переносом в полость матки.

Результаты

На основании проведенного многофакторного анализа при сравнении клинико-лабораторных данных пациентов, которым потребовался или не был проведен ВХ, выявленными показаниями к ВХ были: уровень АМГ <2 нг/мл и число полученных бластоцист <4. При уровне АМГ <2 нг/мл вероятность проведения ВХ возрастала в 2,1 раза (95% ДИ=1,2; 3,7), а при числе бластоцист <4 – в 2,5 раза (95% ДИ=1,5; 4,3). Изменение морфологии ЗР не влияло на эффективность спонтанного хетчинга. а эффективность спонтанного хетчинга эмбрионов после размораживания была даже выше, чем у эмбрионов, не подвергнутых витрификации.

В целом, проведение ВХ не увеличивало шансы наступления беременности. Но в группе пациенток с проведением ферментативного хетчинга частота наступления клинической беременности была выше в 1,9 раз (95% ДИ=1,01; 3,6) по сравнению с частичным удалением зоны пеллюцида или его отсутствием, а риск монозиготной многоплодной беременности снижался в 2 раза по сравнению с отсутствием хетчинга и в 5,7 раз по сравнению с частичным удалением зоны пеллюцида. При этом непроведение ВХ при наличии к нему показаний снижало частоту живорождения в 1,9 раз (95% ДИ=1,05; 3,6), а проведение ВХ при отсутствии к нему показаний увеличивало риск монозиготной многоплодной беременности в 6 раз.



Заключение

Согласно клиническим рекомендациям, показаниями к применению ВХ в программах ВРТ являются: изменение морфологии ZP, перенос размороженных эмбрионов, необходимость проведения биопсии эмбрионов и получение эмбрионов плохого качества. Согласно полученным данным, морфология ZP и криоконсервация эмбрионов не влияет негативно на эффективность спонтанного хетчинга и, таким образом, не является показанием для проведения ВХ. Показаниями к проведению ВХ являются уровень АМГ и число полученных эмбрионов, что связано с их качеством. При наличии показаний к ВХ рекомендовано полное удаление зоны пеллюцида вследствие позитивного влияния данного вида хетчинга на эффективность программ ВРТ и снижения риска монозиготной многоплодной беременности.



Тематика:

Онкогинекология

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОВ BRCA 1 И 2 У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Демура А.А., Спиридонова Н.В.

г. Самара
ГБУЗ СОКОД

Актуальность

Актуальной проблемой гинекологии на данный момент является исследование роли BRCA генов в развитии рака яичников. Многие авторы считают, что мутации в генах BRCA в некоторых исследованиях несут ответственность за развитие 10-15% опухолей яичников.

Цель

Целью нашего исследования явилось выявить наличие мутаций в генах BRCA 1 и 2 в заданной группе пациенток репродуктивного возраста (18-39 лет) пролеченных на базе ГБУЗ СОКОД.

Материалы и методы

В исследование вошли 168 пациенток 18-39 лет пролеченных на базе ГБУЗ СОКОД с 2012 по 2015 года с подозрением на рак яичников. В соответствии с результатами гистологии мы выделили группу пациенток с наличием неопластического процесса в опухоли яичников и пригласили данных пациенток на исследование наличия мутаций в генах BRCA 1 и 2.

Результаты

По результатам морфологического исследования послеоперационного материала выявлены 101 (60,1 %) пациентка с доброкачественными образованиями, 24 (14,3 %) пациенток с пограничными опухолями и 43 (25,6%) женщин со злокачественными опухолями. На первом месте по встречаемости эпителиальные опухоли: 116 (69,05 %) эпителиальные, герминоклеточные – 35 (20,8%), опухоли стромы полового тяжа – 9 (5,36 %), и опухолевидные



образования 4,76 % – представляют собой 8 доброкачественных образований. Среди эпителиальных опухолей: серозные – 78 (67,24 %), из них в доброкачественные – 38 (32,77 %), пограничные 13 (11,2 %), злокачественные 27 (23,27 %); муцинозные 16 (13,8 %), из них 9 (7,76 %) – доброкачественные, 5 (4,3 %) – пограничные и 2 (1,74 %) – злокачественные; эндометриоидные 28 (24,14 %), из них 18 (15,54 %) – доброкачественные, 5 (4,3 %) – пограничные и 5 (4,3 %) – злокачественные; смешанные 4 (3,45 %), из них 3 (2,59 %) доброкачественные и 1 (0,86%) злокачественная. По итогам в рамках исследования на наличие генетической мутации в генах BRCA 1 и 2 обратилось 10 пациенток. Из обследованных женщин по результатам послеоперационного гистологического исследования 9 имели злокачественные опухоли и 1 пограничную, из них согласно морфологической классификации ВОЗ от 2013г 8 имели серозную эпителиальную опухоль, 1 эпителиальную эндометриоидную и 1 опухоль стромы полового тяжа.

Заключение

В проведенной нами работе в группе пациенток репродуктивного возраста выявлено отсутствие наличия мутаций в генах BRCA 1 и 2. Учитывая преимущество наличия эпителиальных опухолей в исследуемой группе пациенток, хочется отметить, что данная особенность может являться характерной для опухолей эпителиального типа, что так же доказано в исследованиях современных авторов Singer G., Oldt R. 3rd, Cohen Y. et al. от 2003 года.

ПАРИТЕТ И БЕСПЛОДИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Демура А.А., Спиридонова Н.В., Тюрина Н.В.

г. Самара
ГБУЗ СОКОД

Актуальность

В настоящее время одной из актуальных проблем современной онкогинекологии является сокращение числа беременностей и родов у пациенток репродуктивного возраста, приводящее к «непрекращающейся овуляции», что может являться с одной стороны одной из причин развития неопластического процесса в яичниках. Хирургическому лечению по поводу опухолей яичников подвергаются 5-10% женского населения [Максимов С.Я. и соавт., 2017], у каждой шестой пациентки обнаруживаются злокачественные опухоли. С другой стороны бесплодие у молодых женщин также является распространенной патологией.



Цель

Целью нашей работы явилось оценить паритет и наличие бесплодия в анамнезе, как предрасполагающий фактор риска развития онкологического опухолевого процесса в яичниках у пациенток репродуктивного возраста (18-40 лет).

Материалы и методы

Произведен анализ в среде статистического пакета SPSS21 (номер лицензии 20130626-3) и Microsoft Excel 168 историй болезней пациенток репродуктивного возраста, получивших хирургическое лечение в ГБУЗ СОКОД с 2012г по 2015гг по поводу опухолей яичников. Пациентки были разделены на группы согласно морфологической классификации ВОЗ от 2014 года. Средний возраст составил $32,00 \pm 0,95$ лет, средний возраст наступления менархе и начала половой жизни составил $13,33 \pm 0,2$ и $18,1 \pm 0,29$ лет.

Результаты

При оценке паритета самопроизвольные роды наблюдались у 47 пациенток с доброкачественными опухолями (46,6%), у 10 с пограничными (41,7%) и у 21 со злокачественными опухолями яичников (48,8%); оперативные роды наблюдались у 5 пациенток с доброкачественными опухолями (5%) и у 1 со злокачественной опухолью (2,3%); отсутствие родов в анамнезе наблюдалось у 49 пациенток с доброкачественными опухолями (48,4%), у 14 с пограничными (58,3%) и у 21 пациентки со злокачественными опухолями яичников (48,8%). Аборты и выкидыши составили в группе пациенток с доброкачественными опухолями 34 (33,7%) и 8 (7,9%) случаев, в группе пациенток с пограничными опухолями 13 (54,2%) и 3 (12,5%) случаев и в группе пациенток со злокачественными опухолями 13 (30,2%) и 5 (11,5%) случаев соответственно. Жалобы на отсутствие самостоятельной беременности в анамнезе предъявляли 39 женщин ($p=0,96$); из них 23 пациентки с доброкачественными опухолями (22,8%), 6 с пограничными (25%) и 10 со злокачественными опухолями (23,3%). Первичное и вторичное бесплодие выявлено в группе пациенток с доброкачественными опухолями у 10 (9,9%) и 8 (7,9%) пациенток соответственно, в группе пациенток с пограничными опухолями у 2 (8,3%) и 3 (12,5%), в группе пациенток со злокачественными опухолями у 9 (20,9%) и у 2 (4,7%). При оценке причин бесплодия ($p=0,56$); трубный фактор выявлен у 11 пациенток с доброкачественными опухолями (10,9%), у 2 с пограничными (8,3%) и у 3 со злокачественными (7%); нарушения со стороны овуляторного цикла наблюдались у 4 пациенток с доброкачественными опухолями (4%), у 1 с пограничной (4,2%) и у 3 со злокачественными (7%); мужской фактор выявлен у 8 пациенток с доброкачественными опухолями (7,9%) и у 2 с пограничными опухолями яичников (8,3%); смешанный фактор выявлен у 2 пациенток с доброкачественными опухолями (2%), у 1 с пограничной (4,2%) и у 3 (7%) со злокачественными опухолями.



Заключение

Среди женщин репродуктивного возраста количество родов, абортов, выкидышей и наличие бесплодия в анамнезе не являются фактором риска для возникновения пограничных и злокачественных опухолей яичника.

ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ АНАЛИЗЫ КРОВИ КАК ФАКТОР РИСКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Демура А.А., Спиридонова Н.В., Урываева С.В.

г. Самара
ГБУЗ СОКОД

Актуальность

Проблеме опухолей яичников и раннему их выявлению отводится немаловажная роль в современной онкогинекологии, особенно в группе пациенток репродуктивного возраста (18-40 лет). На данный момент в современных исследованиях выделяют огромное количество предрасполагающих факторов риска развития онкологического опухолевого процесса в яичниках. Одними из анализов позволяющих заподозрить наличие нарушения равновесия в организме и наличие новообразований являются общеклинические анализы крови.

Цель

Целью нашей работы явилось оценить изменения в общеклинических анализах крови, как предрасполагающего фактора риска развития онкологического опухолевого процесса в яичниках у пациенток репродуктивного возраста (18–40 лет).

Материалы и методы

Произведен анализ в среде статистического пакета SPSS21 (номер лицензии 20130626-3) и Microsoft Excel 168 историй болезней пациенток репродуктивного возраста, получивших хирургическое лечение в ГБУЗ СОКОД с 2012г по 2015гг по поводу опухолей яичников. Пациентки были разделены на группы согласно морфологической классификации ВОЗ от 2014 года.

Результаты

Проверена оценка клинико-лабораторных методов исследования на момент предоперационной подготовки пациенток к хирургическому лечению. При оценке общего клинического анализа крови средний показатель гемоглобина составил $128,07 \pm 1,38$ г\л в группе пациенток с доброкачественными опухолями; $129,06 \pm 2,55$ г\л в группе пациенток с пограничными опухолями



яичников; $125,18 \pm 2,77$ г\л в группе пациенток со злокачественными опухолями; $p=0,642$. При оценке количества эритроцитов показатели разделились следующим образом: в группе пациенток с доброкачественными опухолями $4,35 \pm 0,03$ 10^{12} /л; в группе пациенток с пограничными опухолями $4,24 \pm 0,06$ 10^{12} /л; в группе пациенток со злокачественными опухолями $4,13 \pm 0,10$ 10^{12} /л; $p=0,087$. Количество лейкоцитов в группе пациенток с доброкачественными опухолями составило $7,43 \pm 0,25$ 10^{12} /л; в группе пациенток с пограничными опухолями $7,36 \pm 0,40$ 10^{12} /л; в группе пациенток со злокачественными опухолями $7,27 \pm 0,61$; $p=0,447$. Количество тромбоцитов в группе пациенток с доброкачественными опухолями составило $254,68 \pm 8,41$ 10^9 /л; в группе пациенток с пограничными опухолями $276,74 \pm 11,18$; в группе пациенток со злокачественными опухолями $262,53 \pm 19,66$; $p=0,134$. При оценке показателей лейкоцитарной формулы достоверных изменений в выделенных группах не выявлено, средний показатель лимфоцитов для всех групп пациенток $29,6 \pm 1,67\%$ ($p=0,58$), эозинофилы $2,01 \pm 0,28\%$ ($p=0,55$); базофилы $0,75 \pm 0,17\%$ ($p=0,42$); моноциты $7,3 \pm 0,64\%$ ($p=0,05$); моноциты $7,3 \pm 0,64$ ($p=0,05$); нейтрофилы $60,4 \pm 2,09\%$ ($p=0,87$). При оценке биохимического анализа крови достоверных изменений в выделенных группах не выявлено, показатели разделились следующим образом: средний показатель общего белка составил $73,33 \pm 0,83$ г\л ($p=0,67$); креатинин $84,6 \pm 2,17$ ммоль/л ($p=0,48$); калий $4,63 \pm 0,16$ ммоль/л ($p=0,12$); глюкоза $4,69 \pm 0,19$ ммоль/л ($p=0,28$). Показатели свертывающей системы крови в выделенных группах пациенток не различались, их среднее значение: ПТИ $107,21 \pm 3,26\%$ ($p=0,95$); МНО $0,98 \pm 0,02$ ($p=0,84$); время свертывания $4,01 \pm 0,17$ ($p=0,86$).

Заключение

При оценке изменений в общеклинических анализах крови, как предрасполагающего фактора риска развития онкологического опухолевого процесса в яичниках в группе пациенток 18-40 лет достоверных изменений не выявлено, данные анализы не могут являться маркером возникновения опухолей яичников в данной группе.

МЕТОД ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ В РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Димитриади Т.А., Бурцев Д.В., Дженкова Е.А

г. Ростов-на-Дону
ГАОУ РО ОКДЦ

Актуальность

На сегодняшний день заболеваемость раком шейки матки (РШМ) в России стабильно растет в течение последнего десятилетия, в 2017 г составила 25,2



на 100 000 населения. Средний возраст больных с впервые в жизни установленным диагнозом цервикального рака в нашей стране – 52,1 года, средний возраст умерших составляет – 57,4 года в 2017г.

Цель

Оценить результаты программы скрининга РШМ методом жидкостной цитологии в Ростовской области (РО) в течение 2014-2017гг.

Материалы и методы

Региональная скрининговая программа покрывает 35% РО и включает 54 медицинские организации. Пациенткам по месту жительства производится забор мазков с шейки матки, биоматериал централизованно курьерской службой доставляется в лабораторию Областного консультативно диагностического центра, где выполняется цитологическое исследование. Второй этап диагностики – определение в клеточном материале вирусов папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска. ВПЧ позитивные пациентки с патологическими цитологическими мазками приглашаются в Областной центр патологии шейки матки (ОЦПШМ) для диагностики и лечения.

Методы. Жидкостная цитология, ВПЧ – тест полимеразная цепная реакция в реальном времени, кольпоскопия с видеорегистрацией, биопсия шейки матки методом петлевой лэктрорадиохирургической эксцизии.

Результаты

С 2014 г по 2017 г было выполнено 188 641 цитологическое исследование, РШМ был выявлен у 189 женщин – 0,1 %, плоскоклеточные интраэпителиальные поражения высокого риска (H-SIL) у 566 (0,3 %), атипические клетки неясного значения (ASCUS) у 377 (0,2%), плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкого риска (L-SIL) у 23014 (12,2%), отсутствие внутриклеточного поражения или злокачественности (NILM) у 164495 (87,2%). На прием к гинекологу в ОЦПШМ были приглашены 2162 женщины в возрасте от 18 до 69 лет. Лечение методами конизации (622) и эксцизии (830) шейки матки было выполнено 1452 пациенткам. H-SIL и cancer in situ у 1162 женщин (78%).

Заключение

Использование таких современных диагностических методов, как жидкостная цитология, а так же преемственность в оказании необходимой медицинской помощи между врачами первичного звена и специализированными центрами, позволяют своевременно выявлять и лечить предраковые поражения эпителия шейки матки.



ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ХАРАКТЕРИСТИК МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

Димитриади Т.А., Бурцев Д.В., Дженкова Е.А

г. Ростов-на-Дону
ГАУ РО ОКДЦ

Актуальность

Рост заболеваемости раком шейки матки (РШМ) в России в течение последнего десятилетия был отмечен в возрастной группе до 40 лет, заболеваемость РШМ в 2017 г составила 25,2 на 100 000 населения, при этом заболеваемость у женщин 30-39 лет 27,52 на 100 000, летальность от РШМ– 23,6%. Причина развития РШМ – вирусы папилломы человека высокого риска (ВПЧ), мишень для ВПЧ метапластический эпителий шейки матки. Характер менструальной функции оказывает влияние на длительность существования цервикальной метаплазии.

Цель

оценка менструальной функции у пациенток с предраковыми заболеваниями шейки матки – плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями высокого риска (H-SIL).

Материалы и методы

250 пациенток от 19 до 39 лет, средний возраст $30,6 \pm 6,4$ лет с патологическими цитологическими мазками и положительным ВПЧ тестом. Пациентки были разделены на 2 группы, группа основная (N =200) – женщины у кого по результатам биопсии шейки матки был поставлен диагноз H-SIL, группу контроля составили 50 пациенток, у кого по результатам биопсии шейки матки диагноз H-SIL, был отвергнут и наблюдались плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкого риска (L-SIL). Оценивались показатели менструальной функции: возраст наступления менархе, время, через которое установился регулярный менструальный цикл (МЦ), регулярность и продолжительность МЦ, характер, имеющих нарушения. Анализ данных исследования осуществлялся на основе переменных, измеренных на категориальных шкалах.

Результаты

у пациенток основной группы среднее менархе составило 13 лет $\pm 1,3$ года, раннее менархе 9-11 лет наблюдалось у 7 пациенток (3,5%), позднее 14-16 лет у 35 пациенток (17,5%), менархе в 12-13 лет у 158 (79%) пациенток. Среднее значение МЦ составило $29,5 \pm 7,5$ дней. Средняя продолжительность менструации у пациенток с H-SIL $5 \pm 1,4$ дня. Наибольшее количество женщин (90%) отмечали умеренные менструальные выделения (Оценка согласно критериям Национального института развития здравоохранения, Великобритания 2007 г. До обследования МЦ был регулярным у 188 (94%). Нарушениями менстру-



ального цикла страдали 12 пациенток (6%), из них олигоменорея у 9 (4,5%) и меноррагии 3 (1,5%). Пациентки с Н-SIL начинали половую жизнь в $15,3 \pm 2,3$ лет. У пациенток с олигоменорей, МЦ более 35 дней, меньше шансов попасть в контрольную группу, т.е. выше вероятность развития Н-SIL. Фактор статистически значим на уровне 92%. Сравнение шансов распределения пациенток между группами по фактору возраста наступления первой менструации (до 12 лет и старше 12 лет) и другим характеристикам МЦ не выявило значимых различий.

Заключение

изучение роли кофакторов прогрессии предраковых заболеваний шейки матки, позволит оптимизировать формирование декретируемых групп женщин с ВПЧ и патологическими цитологическими для расширенного обследования и лечения цервикальной патологии.

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВПЧ ТЕСТА В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Димитриади Т.А., Бурцев Д.В., Дженкова Е.А.

г. Ростов-на-Дону
ГАУ РО ОКДЦ

Актуальность

Рак шейки матки в Российской Федерации занимает 5-е место в структуре форм рака среди женщин и является 2-ой наиболее распространенной формой рака среди женщин в возрасте от 15 до 44 лет.

Жидкостная цитология с частичной автоматизацией, при которой предметное стекло предварительно прочитывается роботом позволяет повысить точность цитологического исследования и в результате уменьшить количество неудовлетворительных мазков. Тест на вирус папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ) необходим для сортировки неопределенных результатов цитологии, на долю которых приходится около половины аномальных результатов. Эффективность этих методов продемонстрирована в программах организованного скрининга.

Цель

оценка эффективности ВПЧ тестирования при оппортунистическом скрининге на рак шейки матки.



Материалы и методы

С 2014 года в Ростове-на-Дону и Ростовской области реализуется региональная программа цитологического скрининга рака шейки матки с параллельным тестированием на ВПЧ. Жидкостная цитология BD и подтвержденный клиническими испытаниями тест на ВПЧ высокого риска, обеспечивающий качественное определение ВПЧ 14 типов, результаты в тесте соответствуют ВПЧ 16, ВПЧ 18, или 12 другим ВПЧ, моно– или микст инфекции, используются в целях скрининга в специализированной лаборатории областного консультативно-диагностического центра. Выполнение всех тестов автоматизировано.

Результаты

В результате 4-летней работы на базе Ростовского областного Консультационно-диагностического центра разработан алгоритм скрининга и углубленной диагностики патологии шейки матки. Данный алгоритм оптимален для региона при отсутствии национальных программ скрининга рака шейки матки.

За период 2014-2017 годов цитология проведена для 267 510 женщин. Тестирование ВПЧ выполнено 65 993 женщинам. Патологические изменения в эпителии, выявленные цитологически обнаружены у 45 477 женщин (17%): LSIL – 43 131 (95,7%), ASC-US/ASC-H – 819 (1,8%), HSIL – 909 (2%), рак обнаружен у 213 женщин (0,5%). Положительные результаты тестирования на ВПЧ составляют 9551 (21%).

Заключение

Комплексный подход к диагностике поражений шейки матки и слаженный рабочий процесс медицинских учреждений позволяют существенно сократить процесс обследования пациентов и помогают своевременно использовать высокотехнологичные методы ВПЧ тестирования и лечения предраковых заболеваний в рамках одного многопрофильного диагностического центра.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ И ОЦЕНКА ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ В РАЗВИТИИ ПРЕДРАКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

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

г. Москва

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

Актуальность

Внедрение в клиническую практику генотипирования ВПЧ методом ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени позволяет оценить типо-



вую принадлежность вируса, но и значения вирусной нагрузки в развитии предраковых поражений эпителия шейки матки.

Цель

Изучить частоту встречаемости типов ВПЧ согласно филогенетическим группам и уровень вирусной нагрузки при ВПЧ-ассоциированных поражениях шейки матки

Материалы и методы

В исследование было включено 160 ВПЧ-положительных женщин в возрасте от 18 до 49 лет. Обследование состояло из сбора жалоб, анамнеза, гинекологического статуса, были проведены цитологическое исследование, расширенная кольпоскопия, использовались молекулярно-генетические методы исследования (Real Time PCR для количественного определения и типирования двадцати одного типа ВПЧ). По результатам обследования было сформировано 4 группы: 1 группа–66 (41,6%) женщин с ВПЧ ВР и NILM, 2 группа–28(17,5%) с ВПЧ ВР и ASCUS, 3 группа – 35(21,9%) с ВПЧ ВР и LSIL, 4 группа – 31(19,4%) с ВПЧ ВР и HSIL.

Результаты

Наиболее часто встречающимися типами ВПЧ явились 16,31,33,52,58 типы. ВПЧ 16 типа занимал лидирующую позицию и определялся у 43(26,8%) исследуемых женщин. Типы ВПЧ филогенетической группы А9 встречались достоверно чаще во всех исследуемых группах и составили: в 1 группе (NILM, ВПЧ ВР) – 44%, во 2 (ASCUS, ВПЧ ВР) – 52%, в 3 (LSIL, ВПЧ ВР) – 45%, в 4 (HSIL, ВПЧ ВР) – 73%.

Заключение

Результаты исследования демонстрируют преобладающую роль различных типов ВПЧ группы А9 в развитии плоскоклеточных интраэпителиальных поражений. В 4 группе (HSIL, ВПЧ ВР) достоверно чаще встречались ВПЧ филогенетической группы А9 по сравнению с 1 группой (NILM+ВПЧ ВР) ($p=0,044$). Наивысший уровень вирусной нагрузки филогенетической группы А9 был зафиксирован в 4 группе (HSIL, ВПЧ ВР).



ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ СИГНАЛЬНОГО ПУТИ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКИ ИММУНИТЕТА PD-1/PD-L1 В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ РАКОМ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Герштейн Е.С.¹, Уткин Д.О.², Кушлинский Д.Н.³, Горячева И.О.¹,
Адамян Л.В.³, Ермилова В.Д.¹, Ашрафян Л.А.³, Сухих Г.Т.³,
Кушлинский Н.Е.¹

г. Москва

1 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии Н.Н. Блохина»
Минздрава России.

2 ГБУ Рязанский областной клинический онкологический диспансер.

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

Актуальность

Рак яичников – одно из наиболее распространенных онкологических заболеваний, лидирующее по числу смертельных случаев среди новообразований женских половых органов. В современные схемы лечения рака яичников, наряду с активным хирургическим вмешательством, входят различные схемы химиотерапии, которые во многих случаях оказываются весьма эффективными, однако процент рецидивов и смертность все еще остаются высокими. В последние годы значительный интерес вызывает возможность иммуно-терапевтического воздействия на рак яичников, обусловленная открытием сигнального пути т.н. «контрольных точек иммунитета» – PD-1/PD-L, контролирующего в физиологических условиях выраженность и длительность аутоиммунного ответа. В качестве предикторов эффективности анти-PD-1/PD-L терапии активно изучают экспрессию PD-1 и/или PD-L1 в опухолях, однако этот подход имеет ряд ограничений и проблем, в решении которых может помочь исследование растворимых форм PD-1 (sPD-1) и его лиганда (sPD-L1) в сыворотке или плазме крови.

Цель данного исследования – сравнительная оценка содержания рецептора контрольной точки иммунитета PD-1 и его лиганда PD-L1 в плазме крови практически здоровых женщин и больных различными новообразованиями яичников, анализ взаимосвязи уровня этих маркеров с основными клинико-морфологическими особенностями рака яичников.

Материалы и методы

Обследовано 94 больных раком, 22 доброкачественными и 9 пограничными опухолями яичников. Возраст пациенток 18-78 лет. Группа контроля включала 34 практически здоровых женщины в возрасте 18-68 лет. Концентрацию sPD-1 и sPD-L1 в плазме крови определяли с помощью наборов для иммуноферментного анализа (Affimetrix, eBioscience, США).



Результаты

Установлено, что уровень sPD-L1 в плазме крови больных раком яичников достоверно не отличается от контроля, а у пациенток с доброкачественными опухолями – ниже, чем в контроле и у больных раком ($p < 0,01$). Содержание sPD-1 у больных раком яичников незначительно повышено по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Статистически значимой взаимосвязи уровней маркеров с гистологическим строением и степенью дифференцировки рака яичников не обнаружено. Уровень sPD-L1 возрастает с увеличением стадии заболевания ($p < 0,0001$), значимо выше у пациенток с асцитом, чем у больных без асцита, и при двустороннем поражении яичников по сравнению с односторонним. Уровень sPD-1 достоверно не зависит от вышеуказанных показателей распространенности рака яичников.

Заключение

Таким образом, результаты исследования sPD-L1 в сыворотке и плазме крови свидетельствуют о перспективности дальнейшего углубленного изучения роли этого маркера при раке яичников. Можно предположить, что циркулирующий в крови sPD-L1, связываясь с PD-1 на лимфоцитах, не только не восстанавливает противоопухолевый иммунитет, но и способствует ускользанию опухоли от иммунного ответа и прогрессированию заболевания, хотя существование такого механизма пока четко не доказано. Более сложным и неоднозначным представляется вопрос о клиническом значении растворимого рецептора sPD-1, уровень которого, скорее всего, не зависит от распространенности опухолевого процесса и не влияет на прогноз онкологических заболеваний. Особый интерес может представлять изучение динамики растворимых маркеров сигнального пути контрольных точек иммунитета в плазме или сыворотке крови на фоне специфической анти-PD-1/PD-L терапии.



Тематика:

Неонатология

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИЕЙ

**Жумашева Л.С., Утешова И.А., Бахмутова Л.А., Штепо М.В.,
Морозова В.А.**

г. Астрахань
ГБУЗ АО АМОКБ

Актуальность

В научных исследованиях последних 10-15 лет нередко в качестве критериев зрелости новорожденных детей предлагались различные биохимические показатели, в том числе показатели фетального гемоглобина.

Однако литературные данные по этому вопросу разноречивы, т.к. параметры фетального гемоглобина оказались зависимы от многих факторов (климатогеографическая зона, состояние гипоксии, время года, пол ребенка и т.д.). Немногочисленные данные литературы свидетельствовали о связи концентраций HbF со степенью зрелости новорожденного, с тяжестью течения изоиммунного конфликта, с наличием гипоксии.

Цель

Определить наличие и концентрацию HbF у доношенных детей с ХВГ и их связь со степенью функциональной зрелости и течением раннего неонатального периода.

Материалы и методы

Нами обследовано 100 новорожденных в 1-е сутки после рождения, среди которых 48 доношенных новорожденных с ХВГ и массой тела 2100 – 2750 г; 52 – условно доношенных здоровых новорожденных ребенка. В периферической крови детей определяли концентрацию HbF.

Результаты

Полученные данные свидетельствуют о различиях в концентрации HbF у обследованных групп новорожденных. Наиболее низкое содержание HbF было



обнаружено у здоровых доношенных новорожденных детей, у которых анте- и интранатальный период прошли без осложнений – $100,1 \pm 14,1$ мг/л, наиболее высокие у новорожденных с ХВГ – $368 \pm 10,1$ мг/л (различия достоверны).

Имелись основания для более глубокого анализа связи концентрации HbF в периферической крови с особенностями течения постнатальной адаптации, наличием и исходами патологических состояний у доношенных с ХВГ в первые дни жизни. Нами проведен анализ течения раннего неонатального периода у доношенных с ХВГ ($n=68$), у которых наиболее часто и тяжело протекали острые патологические состояния после рождения.

При анализе полученных данных мы убедились, что такие осложнения, как пневмопатия и врожденная пневмония с неблагоприятным исходом, у детей с ХВГ сопровождалась относительно низкими (в пределах группы) концентрациями HbF – $245,4 \pm 37,2$ и $174,7 \pm 45,2$ мг/л соответственно (различия достоверны). Наиболее высокие средние концентрации HbF в ПК ($276,2 \pm 17,4$ мг/л) были обнаружены у детей при ВЖК с благоприятным исходом.

Заключение

Уровни HbF имеют прогностическое значение, так как его высокие концентрации, сопровождающиеся ВЖК, обнаруживались при благоприятном исходе ранней адаптации, в то время как низкие уровни в ПК оказались характерны для неблагоприятного исхода респираторной патологии.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНО ФУНКЦИОНИРУЮЩЕГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА НА НЕРВНО- ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Звягина Ж.А., Соколова Ю.Э., Цой Е.Г., Михеева Н.А., Петелина В.К.

г. Кемерово

ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет МЗ РФ, ГАУЗ КО Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой

Актуальность

Проблема недоношенности является одной из важнейших в неонатологии и педиатрии в целом. Из года в год количество преждевременных родов увеличивается во всех странах мира. Достижение перинатальной медицины привели к значительному повышению выживаемости новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении. Чем меньше гестационный возраст новорожденного, тем чаще у него находят открытый артериальный проток (ОАП). Поскольку это физиологический шунт, он необходим для внутриутробной жизни плода. Сразу после первого вдоха он больше не нужен, и через несколько часов или дней самостоятельно закрывается. Если этого не проис-



ходит, то сообщение остается, и кровь продолжает шунтироваться из большого в малый круг кровообращения. Изменение центральной гемодинамики влияет на церебральный кровоток и является в перинатальном периоде одной из главных причин смертности новорожденных, а также тяжелых исходов со стороны центральной нервной системы. Процент нарушений нервно-психического развития (НПР) у детей с ЭНМТ намного выше, чем у доношенных детей. Около 30% детей с ЭНМТ достигают нормальных показателей НПР. В клинике первого полугодия жизни на первом месте регистрируется патология ЦНС. Изучение факторов, влияющих на НПР детей с ЭНМТ актуально в программе реабилитации с первых дней или недель жизни.

Цель

Изучение влияния длительно функционирующего артериального протока (ФАП) на НПР детей с ЭНМТ.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 32 недоношенных ребенка с ЭНМТ рожденных в период 2016 – 2019 г. в г. Кемерово на базе ГАУЗ КО ОКПЦ им. Л.А. Решетовой. Дети были рождены на сроке гестации 25-29 недель (средний срок гестации $26 \pm 0,236$ недель), с массой тела от 590 до 995 грамм ($864,21 \pm 27,97$ г). Оценены анамнестические данные, клиническая картина в динамике, данные ультразвукового исследования (УЗИ) головного мозга, параклинические исследования, данные эхокардиографического исследования, а также неврологический статус с использованием схем количественной оценки неврологического статуса недоношенных детей, с учетом различных сроков постменструального возраста (Пальчик А.Б., 2008 г.) в возрасте 2 недель жизни, в 1 месяц, 1,5 и 2 месяца жизни. Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10.0» и Microsoft Excel на персональном компьютере. Статистически значимыми считались показатели, у которых р-уровень не превышал 0,05.

Результаты

Путем экспертного анализа наблюдавшиеся дети были поделены на две группы: 1 группа – 18 детей (56,3%) с длительно функционирующим артериальным протоком, 2 группа – 14 детей (43,7%), у которых ФАП не был выявлен или закрылся до 2 месяцев жизни. Среди детей 1-й группы гемодинамически значимый ФАП (ГЗФАП) в раннем неонатальном периоде выявили у 8 детей (44,45%), задержку внутриутробного развития (ЗВУР) имели 10 детей (55,56%), ВЖК различной степени – 2 ребенка (11,12%), ретинопатию – 15 детей (83,4%). В качестве респираторной поддержки инвазивную искусственную вентиляцию (ИВЛ) через интубационную трубку получили 12 детей (66,67%), ИВЛ не инвазивную – 9 детей (50%), спонтанное дыхание под постоянным положительным давлением (continuous positive airway pressure (CPAP)) – 17 детей (94,5%). Всем детям 1-й группы при оказании первичной реанимационной помощи в родильном зале был введен сурфактант. Во 2-й группе детей ГЗФАП в раннем неонатальном периоде имел 1 ребенок (7,2%), ЗВУР – 4 ребенка (21,5%),



ВЖК различной степени – 4 ребенка (21,5%), ретинопатия выявлена у 8 детей (57,1%). В качестве респираторной поддержки инвазивную ИВЛ получали 10 детей (71,4%), не инвазивную ИВЛ – 6 детей (42,8%), СРАР – 14 детей (100%). Сурфактант был введен 10 детям при оказании первичной реанимационной помощи в родильном зале (71,4%). В результате сравнительного анализа выявили, что дети с длительно ФАП чаще имели ЗВУР ($p=0,045$). Дети с ГЗФАП в раннем неонатальном периоде имеют большую вероятность длительного функционирования артериального протока ($p=0,023$). Наличие длительно ФАП не влияло на развитие заболеваний, ассоциированных с ЭНМТ и ГЗФАП, такими как ВЖК, ретинопатия. Применяемая респираторная поддержка также значимо не различалась в сравниваемых группах. Оценка НПР в постконцептуальном возрасте (ПКВ) 28 недель составила у детей 1-й группы 13,3 баллов, что соответствовало 59,1% от нормы, у детей 2-й группы 14,5 баллов, что соответствовало 64,4% от нормы; в 30 недель оценка НПР соответственно в 1-й и 2-й группах составила 18,3 баллов (78% от нормы) и 16,4 баллов (69,7% от нормы); в 32 недели оценка НПР соответственно в 1-й и 2-й группах составила 21,5 баллов (86% от нормы) и 19,25 баллов (77% от нормы); в 34 недели оценка НПР соответственно в 1-й и 2-й группах составила 20,5 баллов (73,2% от нормы) и 24 баллов (85,7% от нормы). Достоверной разницы по НПР в сравниваемых группах не было выявлено ни в один из ПКВ. При анализе выявили, что снижение коэффициента НПР не зависело от длительности функционирования ОАП.

Заключение

Таким образом, ЗВУР может приводить к длительному функционированию артериального протока у детей с ЭНМТ. Дети с ГЗФАП в раннем неонатальном периоде имеют большую вероятность длительного функционирования артериального протока. Наличие длительно ФАП не влияло на развитие ВЖК и ретинопатии. Применяемая респираторная поддержка не оказала влияния на длительность ФАП в сравниваемых группах. Уровень коэффициента НПР не зависел от длительности функционирования ОАП.



ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОГО BABY-BALLON ДЛЯ ФЕТОСКОПИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ОККЛЮЗИИ ТРАХЕИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ПЛОДА

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

г. Москва

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

Актуальность

Врожденная диафрагмальная грыжа – один из часто встречающихся и очень сложных в плане интенсивной терапии врожденных пороков развития у плода. По клиническим отчетам перинатальных центров России, Европы и США летальность при данном пороке составляет до 50% на фоне мощного развития перинатальной медицины.

Главные причины летальности -сочетание гипоплазии легких и устойчивой к терапии персистирующей легочной гипертензии новорожденных.

В последних научных трудах исследователи отмечают, что эндоскопическая окклюзия трахеи плода улучшает результаты за счет снижения смертности и более быстрой стабилизации новорожденного.

С 2004 по 2018 гг. в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ России для ведения беременности и родоразрешения направлена 315 женщин с врожденной диафрагмальной грыжей плода. Прооперировано после рождения 240 новорожденных (76%). Летальность в 2018 году составила 40%, а дооперационная 28%. Основной причиной летальности остаются критическая степень гипоплазии легких и рефрактерная к терапии легочная гипертензия. Для внутриутробной фетоскопической коррекции используется традиционная методика внутриутробной эндотрахеальной баллонной окклюзии. Эта процедура проводится с помощью катетера Gold ballon. Катетер с баллоном вводится в трахею плода до бифуркации трахеи. Баллон раздувается и перекрывает вход в бронхи. После этого катетер сдергивается с баллона и в трахее остается только раздутый баллон. Через два месяца для удаления баллона снова необходимо проводить фетоскопическую процедуру и путем повторной бронхоскопии плода удалять баллон или под ультразвуковым контролем делать пункцию баллона спинальной иглой 18G. Такая последовательность крайне неудобна для беременной женщины, которой приходится возвращаться в клинику где ей делали установку баллона и нежелательна для плода, которому проводится повторная фетоскопическая процедура и повторная бронхоскопия с высоким риском акушерских осложнений, преждевременных родов и перинатальной смертностью плода и новорожденного.

Цель

Цель нашего исследования – разработка новой российской модели эндотрахеального Baby-ballon для внутриутробной окклюзии трахеи плода и нового



метода инновационной внутриутробной эндотрахеальной окклюзии, чтобы увеличить выживаемость детей с врожденной диафрагмальной грыжей с критической формой гипоплазии легких.

Материалы и методы

В ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И.Кулакова» разработана новая модель эндотрахеального Baby-ballon, при котором производится физиологическое удаление из трахеи баллона вместе с катетером после родоразрешения, что позволяет снизить всевозможные риски для плода и женщины. При этом нет необходимости проведения повторных процедур фетоскопии и бронхоскопии плода. Эндотрахеальный Baby-ballon состоит из двух частей: дистального длиной 10 см с раздувающимся баллоном на конце и проксимального 50 см с каналом для введения физиологического раствора в манжету надувного баллона. Эндотрахеальный Baby-ballon используют следующим образом: под контролем УЗИ дистальный конец баллона вводят через ротовую полость плода в трахею до зоны бифуркации трахеи. Манжетку баллончика раздувают физраствором в объеме 0,8 мл. и с помощью проводника отделяют длинную часть катетера от короткой части с последующим удалением длинной части катетера.

Результаты

Таким образом, раздутый баллон с короткой частью катетера остается в трахее и перекрывает вход в бронхи. При этом из полости рта плода выступает 1 см. короткой части катетера, за который после родоразрешения баллон извлекается из трахеи. Установка баллона возможна на сроке 24–29 недель беременности, сроком родоразрешения – 37–38 недели с удалением баллона методом EXIT.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА С ФЕТО- ФЕТАЛЬНЫМ ТРАНСФУЗИОННЫМ СИНДРОМОМ

Деревягина О.С.^{1,2}, Нароган М.В.^{1,2}, Макулова А.И.³, Киртбая А.Р.^{1,2}

г.Москва

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

2 – ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России

3 – ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Актуальность

Недоношенные новорожденные, особенно с очень низкой и экстремально низкой массой тела (ОНМТ и ЭНМТ), находящиеся в критическом состоянии, имеют высокий риск развития острого почечного повреждения (ОПП).



Цель работы – представить клинический случай ОПП у недоношенного ребенка с ЭНМТ.

Материалы и методы

Недоношенная девочка Т. (реципиент), первая из монохориальной диамниотической двойни, родилась у женщины 29 лет, от 1 беременности, протекавшей с фето-фетальным трансфузионным синдромом, селективной лазерной коагуляцией сосудистых анастомозов плаценты. Роды – на сроке 25 недель путем операции кесарева сечения, в связи с нарушением фето-плацентарного кровотока и излитием околоплодных вод. При рождении – масса тела 870 г, рост 34 см, оценка по шкале Апгар 6–7 баллов.

Результаты

В родильном зале проводилась респираторная поддержка методом СРАР, введен препарат сурфактанта. В ОРИТН продолжена неинвазивная ИВЛ. В первые часы после рождения по данным Эхо-КГ отмечалось снижение фракции сердечного выброса до 41% на фоне гипертрофии миокарда, к концу 1-х с.ж. – артериальная гипотензия, в связи с чем, получала допамин и добутамин. Объем введенной жидкости в 1 с.ж. превышал физиологическую потребность (107 мл/кг). На 2 с.ж. был выявлен гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (ГЗФАП), высокие индексы резистентности на почечных артериях. В дальнейшем, учитывая улучшение, терапии по поводу ГЗФАП не потребовалось. На 3 с.ж. кардиотоническая терапия была закончена, но была отмечена тенденция к артериальной гипертензии и тахикардии на фоне гипертрофии миокарда, в связи с чем, был назначен Эсмолол. Учитывая низкую толерантность к энтеральному питанию, до 11 с.ж. проводилось полное парентеральное питание с дозой белка в 1-е с.ж. – 3 г/кг, далее 4 г/кг. С 1 с.ж. ребенок получал ампициллин+сульбактам и гентамицин по поводу врожденной пневмонии. В клиническом анализе крови на 3 с.ж. выявлена тромбоцитопения, лейкопения, нейтропения. На 5 с.ж., учитывая ухудшение состояния, произведена смена антибактериальных препаратов на Ванкомицин и Сульперазон.

На 7 с.ж. в крови выявлено повышение креатинина до 201,3 мкмоль/л и мочевины до 32,7 ммоль/л, что согласно классификации KDIGO соответствует II стадии ОПП. Диурез в течение первых семи дней жизни не снижался менее 1 мл/кг/сут, составляя от 1,4 до 5,4 мл/кг/ч. Первичной убыли массы тела не было, ребенок прибавил 110 г за 7 суток, отмечалась умеренная пастозность. Уровень электролитов в крови соответствовал норме. Наблюдался непостоянный умеренный метаболический ацидоз. Ребенку был установлен диагноз «ОПП», снижена доза парентерального белка с 4 до 3 г/кг/сут, скорректирована доза ванкомицина. Учитывая неолигурическую форму ОПП, объем вводимой жидкости оставлен прежним (160 мл/кг/сут).

На 14 с.ж. отмечено снижение креатинина до 80,6 мкмоль/л, мочевины – до 7,3 ммоль/л. На 21 с.ж. показатели нормализовались и далее оставались в пределах нормы. При неоднократных ультразвуковых исследованиях почек патологии не выявлено. В анализах мочи в период с 3 по 30 с.ж. обра-



щали внимание протеинурия и глюкозурия (в т.ч. при нормогликемии), что, по-видимому, свидетельствовало о снижении канальцевой реабсорбции.

Из стационара ребенок выписан на 93 с.ж. в удовлетворительном состоянии.

Заключение

Таким образом, у ребенка с ЭНМТ имелись факторы риска для развития преренальной формы ОПП (фето-фетальный синдром (реципиент), снижение сердечного выброса, нестабильность гемодинамики, течение инфекции, нарушение кровотока в почечных артериях). Тактика ведения таких недоношенных новорожденных достаточно сложна, и обязательно предполагает отмену или пересчет дозы нефротоксичных препаратов под контролем почечных маркеров повреждения. С целью своевременной диагностики ОПП представляется целесообразным раннее исследование показателей почечной функции у новорожденных с факторами риска ОПП.

СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ РАЗЛИЧНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА ОТ МАТЕРЕЙ С ТЕЧЕНИЕМ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Караваяева А.Л., Тимофеева Л.А., Зубков В.В., Тютюнник В.Л.

г. Москва

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

Актуальность

Преэклампсия – это тяжелейшее осложнение беременности, которое имеет множество предрасполагающих факторов, оказывающее влияние на состояние матери, плода и новорожденного ребенка. Течение раннего неонатального периода часто осложняется неблагоприятными последствиями, такими как: гематологические нарушения, внутричерепные кровоизлияния, некротизирующий энтероколит (НЭК), усугубление тяжести инфекционных заболеваний) Также отмечается высокий риск развития респираторных, гематологических нарушений, внутричерепных кровоизлияний, НЭК, а также усугубления тяжести инфекционных заболеваний.

Цель

Провести анализ состояния здоровья новорожденных у матерей с преэклампсией.

Материалы и методы

В исследование включены 525 пар мать – новорожденный, наблюдавшиеся в ФГБУ «НМИЦ АГ и П им. академика В.И. Кулакова» Минздрава РФ в период



2013–2017гг. Все новорожденные были распределены на 2 группы: 1 группа – 160 детей у пациенток с преэклампсией (48– ранняя форма, 112 – поздняя форма), 2 группа сравнения – 365 детей при физиологически протекающей беременности.

Результаты

Гестационный возраст новорожденных 1 группы – $36,6 \pm 2,9$ недель, в группе контроля – $39,1 \pm 1,3$ недель ($p < 0,01$). Вес детей при рождении в основной группе – 2730 ± 835 , во 2 группе – $3405 \pm 488,9$ ($p < 0,01$), длина тела $48,0 \pm 5,2$ см и $51,7 \pm 2,7$ см соответственно.

Врожденные аномалии развития в 4 раза чаще встречались у новорожденных 1 группы ($n=29$, 18,1%), чем в группе сравнения – $n=17$, 4,6%. При этом в 1 группе большую часть составили врожденные пороки сердца, генетическая патология, пороки развития, требующие хирургической коррекции, в группе сравнения основная часть выявленных пороков относилась к малым врожденным аномалиям.

В структуре заболеваний у новорожденных 1 группы преобладали ($p < 0,01$) дыхательные нарушения $n=29$ – 9,4%, в группе сравнения $n=7$ – 1,9%, гематологические нарушения (анемия и тромбоцитопения) – $n=25$ (15,6%) и $n=4$ (1,1%) соответственно.

У детей 1 группы частота инфекционной патологии была значимо выше ($p < 0,01$). Врожденная пневмония была диагностирована у 15% новорожденных ($n=24$), в группе сравнения 2,5% ($n=9$). Врожденный сепсис ($n=5$, 3,1%) и НЭК ($n=3$, 1,9%) отмечались исключительно у новорожденных основной группы.

Неонатальная гипогликемия, потребовавшая коррекции в первые часы жизни у новорожденных основной группы встречалась в 5 раз чаще ($n=15$ – 9,4% и $n=3$ – 1,9% соответственно).

Учитывая структуру заболеваемости, тяжесть патологических изменений, а также гестационный возраст, 39,6% детей ($n=63$) потребовали интенсивного наблюдения в условиях отделений реанимации и последующего перевода на 2 этап выхаживания, в группе контроля $n=30$ (8,3%).

Заключение

Проведенное исследование показало, что преэклампсия оказывает негативное влияние на состояние новорожденного. При этом большей части таких детей требуется высококвалифицированная помощь в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии.



ГАЛАКТОЗЕМИЯ КАК ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ ЖЕЛТУХИ (АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Котик И.Е., Пекарева Н.А., Зубков В.В.

г. Москва

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

Актуальность

Галактоземия – наследственное аутосомно-рецессивное нарушение обмена углеводов, при котором в организме накапливается избыток галактозы и ее метаболитов, что обуславливает клиническую картину заболевания и формирование отсроченных осложнений. По данным скрининга новорожденных в России, частота галактоземии составляет 1:16242, при этом большинство случаев заболевания обусловлено мутациями в гене GJB2 и GALT. В основу классификации галактоземии положен этиологический принцип и в зависимости от дефекта одного из 3-х основных ферментов, участвующих в метаболизме галактозы. Различают три типа: 1 тип. Классическая, обусловленная дефицитом фермента ГАЛТ, включает в себя и биохимический вариант Дуарте, 2 тип. Недостаточность ГАЛК, 3 тип. Дефицит ГАЛЭ или эпимиразы. В России массовый неонатальный скрининг проводят на 4-е сутки жизни доношенным детям и на 7-е сутки жизни – недоношенным детям. При таких условиях диагноз галактоземии устанавливается практически у 100% детей с этим заболеванием. Отрицательным считается результат менее 7,2 мг/дл. При выявлении уровня тотальной галактозы выше референсного значения проводится подтверждающая диагностика классической галактоземии, включающая ДНК-диагностику наиболее распространенных мутаций в гене ГАЛТ и полиморфного варианта Дуарте, приводящего к снижению активности фермента. Классическая галактоземия – наиболее тяжелая форма нарушения метаболизма галактозы, при которой развиваются опасные для жизни осложнения, в том числе и гипербилирубинемия. Биохимический вариант является самой распространенной формой галактоземии, не имеющий ярких клинических проявлений.

Цель

Цель исследования показать возможный спектр дифференциальной диагностики ранней неонатальной желтухи.

Материалы и методы

Проведенный нами литературный обзор подтвердил редкость клинических случаев данного заболевания.

Приводим клиническое наблюдение данного заболевания у новорожденного ребенка. Ребенок О. от матери 34 лет, от третьей беременности (предыдущие беременности 2012 г и 2015 г завершились своевременными родами: у детей в периоде новорожденности ГБН по АВО-системе, в дальнейшем физическое и психомоторное развитие соответствовало возрасту), 3 своев-



ременных физиологических родов. Вес при рождении 3380/51см, Апгар 8–9. Состояние при рождении удовлетворительное. Учитывая группу крови матери 0(I)Rh-положительный, ребенка A(II)Rh-положительный, положительные иммунологические пробы (+ +), был определен уровень Вi пуповинной крови 50,9мкм/л, на 6 часов жизни уровень билирубина венозной крови составлял 72мкм/л, почасовой прирост 3,5мкм/л/ч. Клинических данных за ГБН нет. Фототерапия не проводилась. Находился на совместном пребывании и грудном вскармливании. Физиологическая убыль массы тела. По гемограмме все показатели в пределах возрастной нормы. На основании физикальных данных (застойный цианоз лица, петехиальная сыпь на лице, ягодицах) выставлен диагноз: кровоизлияния в кожу. Викасол введен. Выписан домой в удовлетворительном состоянии на 3-и сутки жизни. В связи с проведением вакцинации БЦЖ-М неонатальный скрининг не взят, но даны рекомендации о проведении скрининга по месту жительства. В связи с нарастанием желтухи родители обратились в поликлиническое отделение на 12 сутки жизни ребенка. При осмотре состояние ребенка расценено как удовлетворительное. Желтушность кожи по Крамеру 3–4 ст. По внутренним органам б/о, гепатоспленомегалии нет. Стул желтый, без патологических примесей. Мочеиспускание в норме, моча светло – желтая. Ребенок на грудном вскармливании. Билирубин общий 284 мкм/л, прямой 6,5 мкм/л, печеночные ферменты в норме. УЗИ брюшной полости без патологии. ОАК – вариант возрастной нормы. Неонатальный скрининг сдан на 10-е сутки жизни по месту жительства. Результат на галактоземию сомнителен. На основании проведенного клинико-лабораторного обследования выставлен предварительный диагноз: конъюгационная (неонатальная) желтуха. Рекомендовано: фототерапия в непрерывном режиме в течение 2 суток с перерывом на кормления, грудное вскармливание по требованию и повторный осмотр через 3 дня. На фоне рекомендованного режима фототерапии отмечался кратковременный эффект и учитывая результаты сомнительного скрининга, версия по диагнозу в последующем изменена в пользу галактоземии, в связи с чем, было проведено генетическое исследование и выявлена галактоземия 1 типа, АР тип наследования, самый легкий полиморфный вариант-тип Дуарте. Носитель мутантного гена – мать ребенка. Особенность рекомендаций в данной клинической ситуации: ребенок не был снят с грудного вскармливания, объем подобран по уровню галактозы с докормом безлактозной смесью Зр/д по 60мл, на котором уровень галактозы не превышал 6,5мг/дл (по референсным значениям 0–8 без клинических проявлений). В дальнейшем прогноз по течению заболевания у ребенка благоприятный и после года планируется расширение диеты с использованием молочных продуктов.

Заключение

На основании представленного клинического случая можно сделать вывод, что галактоземия – достаточно сложное для диагностики заболевание, которое при отсутствии своевременной коррекции может привести к различным осложнениям. Подтверждена значимость своевременного проведения неонатального скрининга для выявления данного врожденного заболевания. Практический вывод: при анализе вероятных причин желтухи в неонатальном



периоде необходимо обязательно учитывать результаты скрининга и при его отсутствии инициировать незамедлительное проведение.

СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОЛУЧАВШИХ ПРОТИВООПУХОЛЕВУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

**Макиева М.И., Зубков В.В., Шмаков Р.Г., Цой Т.А., Ванько Л.В.,
Жукова А.С., Кречетова Л.В.**

г. Москва

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

Актуальность

По данным мировой литературы отмечается рост онкологических заболеваний среди женщин репродуктивного возраста, которые диагностируются как во время прегравидарной подготовки, так и во время беременности. В настоящее время большое внимание уделяется возможности применения противоопухолевых химиопрепаратов у женщин с онкологическими заболеваниями в течение беременности и их влиянию на цитокин-продуцирующую активность иммунных клеток плода и новорожденного.

Цель

С 2015 по 2017 годы отделением новорожденных совместно с отделением клинической иммунологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации проведено исследование, целью которого была оценка иммунного статуса новорожденных у матерей с онкологическими заболеваниями, которым во время беременности проводилась химиотерапия и терапия интерфероном альфа.

Материалы и методы

В проспективное когортное исследование включены 10 беременных женщин с онкологическими заболеваниями, получавших химиотерапию во время беременности, и их новорожденные дети. Группу сравнения составили 9 женщин с физиологическим течением беременности и их новорожденные. Осуществляли забор периферической венозной крови у женщин перед родоразрешением, крови из вены пуповины и периферической крови новорожденных в возрасте 3 суток жизни и 1 месяца. Содержание цитокинов в плазме определяли мультиплексным методом на анализаторе Bioplex 200 (Bio-Rad,



USA) с применением коммерческого набора (Bio-Rad, USA). Оценивали уровень провоспалительных (IFN γ , TNF α , IL-1b, IL-2, IL-6, IL-12, IL-17) и противовоспалительных (IL-4, IL-5, IL-10, IL-13) цитокинов, хемокинов (IL-8, MCP-1, MIP-1 β) и ростовых факторов (IL-7, G-CSF, GM-CSF). Статистическую обработку проводили методами вариационной статистики с использованием пакета программ MedCalc (Бельгия).

Результаты

Анализ полученных данных, свидетельствуют о том, что в плазме крови женщин с онкологическими заболеваниями, принимавших противоопухолевые химиопрепараты (ПХТ) во время беременности, снижено содержание ряда провоспалительных (IL-1b, IL-2, IL-15, IL-17, TNF α , IFN γ) и противовоспалительных (IL-1Ra, IL-4, IL-5) цитокинов, хемокинов (IL-8, MIP-1 α , Eotaxin) и ростовых факторов (GM-CSF, IL-7, VEGF, PDGF bb, FGF-b) по сравнению со здоровыми беременными. Направление поляризации иммунного ответа, определенное нами как отношение провоспалительного IFN γ к противовоспалительному IL-4, статистически значимо не различалось в исследуемых группах: 13,2 (12,83–14,74) в группе сравнения и 15,1 (13,73–16,80) – в основной ($P=0,10$), что может свидетельствовать об отсутствии существенного воздействия применяемой терапии на баланс про- и противовоспалительных цитокинов у женщин с онкологическими заболеваниями.

Отмечено, что в пуповинной крови новорожденных от матерей с онкологическими заболеваниями и ПХТ во время беременности повышено содержание индуцируемого интерфероном- γ белка (IP-10) относительно группы сравнения. Уровень остальных исследуемых факторов статистически значимо не различался ($P>0,05$). В группе сравнения в пуповинной крови концентрация IFN γ , MCP-1 также выше, чем у матерей ($P<0,01$). Напротив, содержание хемокина IP-10 в пуповинной крови было в 2,1 раза ниже, чем в женской ($P=0,0078$).

В отличие от группы сравнения, в основной группе содержание IFN γ , MCP-1 и IP-10 у детей и женщин не различалось. В то же время, уровень провоспалительных цитокинов IL-1b, IL-12, IL-15, хемокина IL-8 и тромбоцитарного ростового фактора PDGF-bb, участвующего в регуляции сосудистого гомеостаза и ангиогенеза, статистически значимо выше в пуповинной крови, чем в периферической женской ($P<0,05$ во всех случаях).

Обращает на себя внимание, что в периферической крови детей в возрасте 1 месяца содержание VEGF по-прежнему остается выше, чем в крови их матерей: 105,3 (49,66–155,55) пг/мл и 9,6 (4,87–15,87) пг/мл, $P=0,031$. Данный факт может быть обусловлен продолжающимися постнатально процессами ангиогенеза.

Заключение

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что цитокин-продуцирующая способность иммунных клеток у беременных с онкологическими заболеваниями, принимавших противоопухолевые химиопрепараты, снижена относительно здоровых беременных женщин. Приме-



няемые матерью лекарственные средства не оказали существенного влияния на уровень цитокинов в пуповинной крови новорожденных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО И ПОЗДНЕГО НАЗНАЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ РЕКОМБИНАНТНОГО ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ЭРИТРОПОЭТИНА У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ И ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

**Шарафутдинова Д.Р.^{1,2}, Балашова Е.Н.¹, Ионов О.В.^{1,2},
Киртбая А.Р.^{1,2}, Голубцова Ю.М.^{1,2}, Зубков В.В.^{1,2}, Дегтярев Д.Н.^{1,2},
Павлович С.В.^{1,2}**

г. Москва

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

2 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Актуальность

Анемия недоношенных – часто встречающаяся патология у недоношенных детей. Поскольку ведущим патогенетическим механизмом развития анемии является гипорегенераторный характер гемопоэза, с целью профилактики и лечения анемии недоношенных применяется препарат рекомбинантного человеческого эритропоэтина.

Цель

Провести сравнительный анализ эффективности применения различных схем терапии рекомбинантным человеческим эритропоэтином (рчЭПО) с целью профилактики и лечения ранней анемии недоношенных у детей с очень и экстремальной низкой массой тела при рождении (ОНМТ и ЭНМТ).

Материалы и методы

На базе клинических отделений Института неонатологии и педиатрии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И.Кулакова» Минздрава России был проведен проспективный анализ 133 случаев выхаживания недоношенных детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ в период с декабря 2017 по февраль 2019 гг. Гестационный возраст детей составил от 26 до 33 недель, из них у 75 детей (56%) – 30 недель и менее. В зависимости от схемы лечения и профилактики анемии недоношенных все новорожденные дети были разделены на 5 групп: 1 группа (n=26) – недоношенные новорожденные, которым назначались препараты рчЭПО с 3 с.ж. 200 МЕ/кг 3 раза в неделю подкожно; 2 группа (n=21) – недоношенные новорожденные, которым назначались препараты рчЭПО 3 с.ж. 400 МЕ/кг 3 раза в неделю подкожно; 3 группа (n=37) – недоношенные новорожденные,



которым назначались препараты рчЭПО с 8 с.ж. 200 МЕ/кг 3 раза в неделю подкожно; 4 группа (n=18) – недоношенные новорожденные, которым назначались препараты рчЭПО с 8 с.ж. 400 МЕ/кг 3 раза в неделю подкожно; 5 группа (n=31) недоношенные, которые не получали терапию рекомбинантным человеческим эритропоэтином – группа контроля. В каждой группе были выделены подгруппы детей гестационного возраста ≤ 30 недель.

Результаты

Исследуемые группы и подгруппы были сопоставимы по гестационному возрасту (ГВ), массе, длине тела при рождении и оценке по Апгар. Не было выявлено статистически значимых отличий в возрасте проведения 1ой трансфузии, частоте и общем объеме трансфузий эритроцитсодержащих компонентов крови, длительности инвазивной и неинвазивной респираторной терапии, длительности госпитализации, в том числе лечения в условиях ОРИТ, массе тела и постконцептуальном возрасте (ПКВ) при выписке из стационара. Частота ретинопатии недоношенных (РН) 3 ст. и более, перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ), бронхо-легочной дисплазии (БЛД) средней и тяжелой степени тяжести, внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) различной степени тяжести, некротизирующего энтероколита (НЭК) статистически значимо в исследуемых группах и подгруппах не отличалась. Статистически значимые отличия концентрации гемоглобина в периферической крови недоношенных детей выявлены при выписке из стационара. В группе контроля у детей отмечался более низкий уровень гемоглобина при выписке (94 г/л) по сравнению с группами с ранним назначением рчЭПО (109 г/л и 107 г/л в 1 и 2 группах соответственно, $p_{0-1}=0,048$ и $p_{0-2}=0,047$) за счет новорожденных ГВ ≤ 30 недель.

Заключение

При выборе схемы профилактики и терапии ранней анемии у недоношенных ГВ ≤ 30 недель предпочтительной является назначение препарата рчЭПО в дозе 200 МЕ/кг 3 р/нед подкожно, начиная с 3 дня жизни. Эффективность терапии эритропоэтином, время ее старта и различные схемы терапии остаются спорными вопросами, требующие проведения дальнейшего изучения.



Тематика:

Общественное здоровье

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ПО ВНЕДРЕНИЮ СИСТЕМЫ НМО В ПРАКТИКУ

Серов В.Н., Баранов И.И., Нестерова Л.А.

г. Москва

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

Актуальность

В стране продолжается внедрение новой модели повышения квалификации врачей: непрерывное медицинское образование (НМО) с участием профессиональных медицинских обществ. Реализация профессиональных образовательных программ должно обеспечивать непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков, постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации.

Цель исследования

Требования современной медицины диктуют абсолютную необходимость непрерывного и качественного последипломного образования и РОАГ должно быть уверено – практикующие акушеры-гинекологи в курсе последних достижений теории и практики.

Результаты

За прошедшие годы РОАГ приняло самое активное участие во внедрении новых форм обучения по системе НМО: организовано дистанционное обучение акушеров-гинекологов, для реализации которого подготовлено более 90 обучающих электронных модулей; крайне привлекательной является возможность применения технологий телемедицины: читаются онлайн курсы, лекции – вебинары, которые позволяют сторонам осуществлять живое общение в видеорежиме. Продолжается реализация успешного образовательного



проекта – выездные «Региональные образовательные школы РОАГ» (Школы). Начиная с 2016 года, прошло 28 Школ во всех Федеральных округах России. Всего в рамках нового формата прошли обучение более 13000 специалистов из разных регионов и городов страны, более 6000 врачей приняли участие в работе Школ on-line. Специализация участников была представлена следующим образом: акушеры-гинекологи – 75%, неонатологи – 9%, анестезиологи-реаниматологи – 3%, детские гинекологи – 2%, эндокринологи – 4%, онкологи – 2%, УЗИ-специалисты – 2%, андрологи – 1%, репродуктологи – 1%, другие специализации – 1%. Статистика обратной связи с участниками показала следующее: более 83% слушателей Школ отметили актуальность содержания научной программы, 87% – приобрели новые профессиональные знания, 81% – отметил высокое качество организации мероприятия, 75% – установили перспективные профессиональные контакты, 78% узнали о новинках фарминдустрии.

Заключение

Формат преподавания на Школах РОАГ в виде лекций экспертов, семинаров, круглых столов, мастер-классов, разборов сложных клинических случаев с активным обсуждением освещаемого материала, возможностью прямого общения со слушателями доказали свою эффективность.

В тоже время, в образовании акушеров-гинекологов, помимо традиционных выездных циклов, планируется активнее использовать современные технологии: электронные, информационные, телекоммуникационные, благодаря которым удастся поддерживать профессиональный контакт практикующих врачей с исследовательскими центрами и ведущими специалистами, осуществлять живое общение, что будет мотивировать врача на востребованность получения новых знаний.



Содержание

(с переходом на тезис)

Тематика:

Акушерство

3 НЕИММУННАЯ ВОДЯНКА ПЛОДА: ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ

*Кадырбердиева Ф.З., Шмаков Р.Г., Бокерия Е.Л., Тетрашвили Н.К.,
Костюков К.В., Донников А.Е.*

4 ИЗМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО И СИСТЕМНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЯХ ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ

Карапетян Т.Э., Гвенетадзе Ш.Г.

6 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДОМА СЫВОРОТКИ КРОВИ БЕРЕМЕННОЙ ПРИ МАКРОСОМИИ ПЛОДА И СОЧЕТАНИИ МАКРОСОМИИ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Одиноква В.А., Чаговец В.В., Салимова Д.Ф., Стародубцева Н.Л.,
Кононихин А.С., Франкевич В.Е., Шмаков Р.Г.*

8 СДЕЛАНО В РОССИИ: ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО- ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРИВЫЧНОГО ВЫКИДЫША

Шнейдерман М.Г., Явельский В.А.



**10 ЛАКТОСТАЗ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ГРУДНОГО
ВСКАРМЛИВАНИЯ, ВОЗМОЖНОСТИ
УСТРАНЕНИЯ**

Геращенко Я.Л.

**12 РЕЛАКСАЦИЯ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ
МЕТОД СНЯТИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО
НАПРЯЖЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ**

Гребенкина И.Л., Печенкина Н.С

**14 РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО
ДАВЛЕНИЯ В ВЕРИФИКАЦИИ ФЕНОТИПОВ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ
БЕРЕМЕННОСТИ**

Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Русиди А.В., Фурсова Е.Н.

**15 КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ
ХОРИОАМНИОНИТА И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ
ТЕЛА**

Жаппар З. А., Кенжегалиева А. Б., Сафонов Н. А.

**16 ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ
ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
НА ОСНОВАНИИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО
АНАЛИЗА У ЖЕНЩИН В ГРУППЕ ВЫСОКОГО
РИСКА**

Ильясов А.Б., Файзырахманова М.М., Юсупбаев Р.Б.

**18 МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ
СЕНСИБИЛИЗАЦИИ АНТИ-Д
ИММУНОГЛОБУЛИНОМ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМ ПРИ
РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ФАКТОРЕ КРОВИ**

Исаханов М.А., Шарипова М.Г., Манабаева Г.К.



**20 НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЕ
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ
У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА**

Каюпова Л.С., Мирзахметова Д.Д., Кравцова Т.Г., Манасова И.К.,

**22 АНАЛИЗ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ
В АКУШЕРСТВЕ**

Каюпова Л.С., Терликбаева А.Т., Кравцова Т.Г., Манасова И.К.

**23 ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК
ПРИЧИНА КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ**

*Кравцова Т.Г., Каюпова Л.С., Манасова И.К., Насырова Ш.Т.,
Якупова Г.М.*

**24 ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ОЧЕНЬ
РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ**

Курочка М.П., Волокитина Е.И.

**26 ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО
РОДОРАЗРЕШЕНИЯ
В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ III УРОВНЯ**

Куценко И.И., Галустян М.В., Боровиков И.О.

**28 ОЦЕНКА ПРОСВЕЩЕННОСТИ ЖЕНЩИН
В ВОПРОСАХ ПРЕГНАВИДАРНОЙ
ПОДГОТОВКИ**

Нигматуллин А.И., Петрейкина И.Е.

**29 БЕРЕМЕННОСТЬ И САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ
ЛЕЧЕНИЕ**

Печенкина Н.С.



**31 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДОВ
ДЛЯ СНИЖЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ ПРИ
АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

Печенкина Н.С., Седавных Е.А

**33 ВЛИЯНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ
СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ**

Сергеева О.В., Евсеева М.Е., Итальянцева Е.В., Кудрявцева В.Д.

**34 АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ
ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ
ПЛАЦЕНТЫ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ
ЗА 2017 Г. В ОРЕНБУРГСКОМ ОБЛАСТНОМ
ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ**

*Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Уварова Е.Е.,
Попов А.А., Клычбаев Т.С., Гаджиева Р.А..*

**36 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ
С УЧЕТОМ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ
И КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ**

*Тютюнник Н.В., Донников А.Е., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.,
Харченко Д.К.*

**38 СВОБОДНАЯ В-СУБЪЕДИНИЦА ХГЧ И БЕЛОК
А, АССОЦИИРОВАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ
(РАРР-А) – МАРКЕРЫ БЕРЕМЕННОСТИ I
ТРИМЕСТРА**

Файзырахманова М.М., Олейниченко О.Н., Абаева Е.В.

**40 ПОСТМИОКАРДИТИЧЕСКИЙ
КАРДИОСКЛЕРОЗ ТРИГГЕР
НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ
В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА – ПЛОД**

Каримов Ахмад Хашимович, Тухтабаев Анвар Алишерович



**41 ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИН,
БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ПРОТЕКАЛА
В УСЛОВИЯХ ТАБАЧНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

*Чурсина О.А., Константинова О.Д., Веккер И.Р., Степанов С.Ю.,
Студенов Г.В., Василевская Г.В., Сенникова Ж.В.*

**43 АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ФОНЕ
ОЖИРЕНИЯ**

Шамсиева З.И., Юсупбаев Р.Б.

**45 РАЗРАБОТКА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫХ
ДИАГРАММ РОСТА ВЫСОТЫ СТОЯНИЯ ДНА
МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Шарипова М.Г., Кыстаубаева А.С., Танышева Г.А.

**46 ПРИМЕНЕНИЕ СМАД ПРИ РАЗРАБОТКЕ
МАРКЕРОВ MHEALTH ТЕХНОЛОГИЙ
У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ
СИНДРОМОМ**

Юсупбаев Р. Б., Тухтабаева Г.М.

**48 ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ:
ПАТОЛОГИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ
БЕРЕМЕННЫХ**

Ашурова В.И.



Тематика:

Гинекология

50 ВПЧ–АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ. ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

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

52 КЛИНИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МАГНИТО-ИК- СВЕТО-ЛАЗЕРНОЙ И ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ФОРМЕ БЕСПЛОДИЯ

Амерханова Х.С., Цаллагова Л.В.

53 РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО- ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ФОРМОЙ БЕСПЛОДИЯ

Амерханова Х.С., Цаллагова Л.В.

55 ВЗАИМОСВЯЗЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТА У ДЕВОЧЕК В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 6 ЛЕТ

Безрукова А.А.



**56 ЭКСПРЕССИЯ МРНК ГЕНОВ KI67,
P16, PGR И BCL2 В ОПРЕДЕЛЕНИИ
ПОВЫШЕННОГО РИСКА НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ
ТРАНСФОРМАЦИИ ПРИ ВПЧ-
АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ШЕЙКИ МАТКИ**

*Бурменская О.В., Назарова Н.М., Сычева Е.Г., Довлетханова Э.Р.,
Абакарова П.Т., Трофимов Д.Ю.*

**58 ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ
У ФЕРТИЛЬНЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ
ГИПОЭСТРОГЕНИЕЙ**

Исмаилова З.И., Азизова Д.Ш., Азизова Г.Д., Азизова Э.И.

**59 ОППОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ВОЗБУДИТЕЛИ
У ЖЕНЩИН С ТРИХОМОНИАЗОМ
И ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ
И ОДНОВРЕМЕННО С ЦИСТИТОМ
И УРЕТРИТОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Морева Ж.Г.¹, Миронов А.Ю.¹, Васильев М.М.², Сащенко В.П.³

**61 АЛЬФА-2 МИКРОГЛОБУЛИН ФЕРТИЛЬНОСТИ
У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ
НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
И В ДИНАМИКЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ
ЛЕЧЕНИЯ**

Омарпашаева М.И., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х.-М.

**63 ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ПОЛИМЕРАЗНОЙ
ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ
ДЛЯ ОЦЕНКИ МИКРОБИОЦЕНОЗА
ВЛАГАЛИЩА**

Файзирахманова М.М., Сударева М.В., Абаева Е.В., Олейниченко О.Н.



Тематика:

Репродуктология

- 66 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА
РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ
У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЕМ
ИМПЛАНТАЦИИ ЭМБРИОНА В ПРОГРАММАХ
ВРТ**

Гохберг Я.А., Махмудова Г.М., Кибанов М.В.

- 68 ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОГО СТАТУСА
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С НИЗКИМ ВЕСОМ
ПРИ РОЖДЕНИИ**

*Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Роговая А.А., Иванова А.Н.,
Теребиленко Н.В.*

- 69 ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ
МИКРОВИБРАЦИИ ЭМБРИОНОВ ЧЕЛОВЕКА
ПЕРВЫХ ПЯТИ СУТОК КУЛЬТИВИРОВАНИЯ
НА ЧАСТОТУ НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ
РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Романов А.Ю., Долгушина Н.В., Макарова Н.П.

- 71 КУЛЬТУРАЛЬНАЯ СРЕДА, ОБОГАЩЁННАЯ
ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ, ПРИ ПЕРЕНОСЕ
КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ЭМБРИОНОВ
В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ
РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Романов А.Ю., Долгушина Н.В., Макарова Н.П.



**72 ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ПОЛИМЕРАЗНОЙ
ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ
ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО
БИОЦЕНОЗА У МУЖЧИН**

Файзырахманова М.М., Сударева М.В., Абаева Е.В.

74 ПОКАЗАНИЯ К ПГТ-А В ПРОГРАММАХ ВРТ

Долгушина Н.В.

**75 ПОКАЗАНИЯ К ВСПОМОГАТЕЛЬНОМУ
ХЕТЧИНГУ В ПРОГРАММАХ ВРТ**

Долгушина Н.В., Романов А.Ю., Макарова Н.П.



Тематика:

Онкогинекология

- 78 ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОВ BRCA 1 И 2
У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
С ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ
ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ**

Демура А.А., Спиридонова Н.В.

- 79 ПАРИТЕТ И БЕСПЛОДИЕ КАК ФАКТОР РИСКА
ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ
У ПАЦИЕНТОК В РЕПРОДУКТИВНОМ
ВОЗРАСТЕ**

Демура А.А., Спиридонова Н.В., Тюрина Н.В.

- 81 ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ АНАЛИЗЫ КРОВИ
КАК ФАКТОР РИСКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ
ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК
В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ**

Демура А.А., Спиридонова Н.В., Урываева С.В.

- 82 МЕТОД ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ
В РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ СКРИНИНГА
РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

Димитриади Т.А., Бурцев Д.В., Дженкова Е.А

- 84 ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ХАРАКТЕРИСТИК
МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК
ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ
МАТКИ**

Димитриади Т.А., Бурцев Д.В., Дженкова Е.А



**85 ОРГАНИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
С ПРИМЕНЕНИЕМ ВПЧ ТЕСТА В РОСТОВСКОЙ
ОБЛАСТИ**

Димитриади Т.А., Бурцев Д.В., Дженкова Е.А.

**86 РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ
И ОЦЕНКА ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ В РАЗВИТИИ
ПРЕДРАКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЭПИТЕЛИЯ
ШЕЙКИ МАТКИ**

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

**88 ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ СИГНАЛЬНОГО
ПУТИ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКИ ИММУНИТЕТА
PD-1/PD-L1 В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ
РАКОМ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ
ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ**

*Герштейн Е.С.¹, Уткин Д.О.², Кушлинский Д.Н.³, Горячева И.О.¹,
Адамян Л.В.³, Ермилова В.Д.¹, Ашрафян Л.А.³, Сухих Г.Т.³,
Кушлинский Н.Е.¹*



Тематика:

Неонатология

90 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИЕЙ

Жумашева Л.С., Утешова И.А., Бахмутова Л.А., Штепо М.В., Морозова В.А.

91 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНО ФУНКЦИОНИРУЮЩЕГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА НА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Звягина Ж.А., Соколова Ю.Э., Цой Е.Г., Михеева Н.А., Петелина В.К.

94 ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОГО BABY-BALLON ДЛЯ ФЕТОСКОПИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ОККЛЮЗИИ ТРАХЕИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ПЛОДА

Шнейдерман М.Г, Буров А.А, Костюков К.В., Набережнев Ю.И., Подуровская Ю.Л., Тетраушвили Н.К., Шмаков Р.Г.

95 КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА С ФЕТО-ФЕТАЛЬНЫМ ТРАНСФУЗИОННЫМ СИНДРОМОМ

Деревягина О.С.^{1,2}, Нароган М.В.^{1,2}, Макулова А.И.³, Киртбая А.Р.^{1,2}



**97 СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ
РАЗЛИЧНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА
ОТ МАТЕРЕЙ С ТЕЧЕНИЕМ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

Каравеева А.Л., Тимофеева Л.А., Зубков В.В., Тютюнник В.Л.

**99 ГАЛАКТОЗЕМИЯ КАК ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ
НЕОНАТАЛЬНОЙ ЖЕЛТУХИ
(АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)**

Котик И.Е., Пекарева Н.А., Зубков В.В.

**101 СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В КРОВИ
НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ
С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ,
ПОЛУЧАВШИХ ПРОТИВООПУХОЛЕВУЮ
ХИМИОТЕРАПИЮ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Макиева М.И., Зубков В.В., Шмаков Р.Г., Цой Т.А., Ванько Л.В.,
Жукова А.С., Кречетова Л.В.*

**103 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО И ПОЗДНЕГО
НАЗНАЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ
РЕКОМБИНАНТНОГО ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО
ЭРИТРОПОЭТИНА У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ
И ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

*Шарафутдинова Д.Р.^{1,2}, Балашова Е.Н.¹, Ионов О.В.^{1,2}, Киртбая А.Р.^{1,2},
Голубцова Ю.М.^{1,2}, Зубков В.В.^{1,2}, Дегтярев Д.Н.^{1,2}, Павлович С.В.^{1,2}*



XII РЕГИОНАЛЬНЫЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ
ФОРУМ
ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО
ОБЩЕСТВА АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

Мать и Дитя



**26–28 июня
2019 года**

В начало

Содержание

Список авторов

Тематика:

Общественное здравоохранение

**105 ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА АКУШЕРОВ-
ГИНЕКОЛОГОВ ПО ВНЕДРЕНИЮ СИСТЕМЫ
НМО В ПРАКТИКУ**

Серов В.Н., Баранов И.И., Нестерова Л.А.



Список авторов

(с переходом на тезис)

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

Амерханова Х.С., Цаллагова Л.В.

Амерханова Х.С., Цаллагова Л.В.

Ашурова В.И.

Безрукова А.А.

Бурменская О.В., Назарова Н.М., Сычева Е.Г., Довлетханова Э.Р.,
Абакарова П.Т., Трофимов Д.Ю.

Геращенко Я.Л.

Герштейн Е.С.¹, Уткин Д.О.², Кушлинский Д.Н.³, Горячева И.О.¹,
Адамян Л.В.³, Ермилова В.Д.¹, Ашрафян Л.А.³, Сухих Г.Т.³,
Кушлинский Н.Е.¹

Гохберг Я.А., Махмудова Г.М., Кибанов М.В.

Гребенкина И.Л., Печенкина Н.С

Демура А.А., Спиридонова Н.В.

Демура А.А., Спиридонова Н.В., Тюрина Н.В.

Демура А.А., Спиридонова Н.В., Урываева С.В.

Деревягина О.С.^{1,2}, Нароган М.В.^{1,2}, Макулова А.И.³,
Киртбая А.Р.^{1,2}

Димитриади Т.А., Бурцев Д.В., Дженова Е.А

Димитриади Т.А., Бурцев Д.В., Дженова Е.А



Димитриади Т.А., Бурцев Д.В., Дженкова Е.А.

Долгушина Н.В.

Долгушина Н.В., Романов А.Ю., Макарова Н.П.

*Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Роговая А.А., Иванова А.Н.,
Теребиленко Н.В.*

Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Русиди А.В., Фурсова Е.Н.

Жаппар З. А., Кенжегалиева А. Б., Сафонов Н. А.

*Жумашева Л.С., Утешова И.А., Бахмутова Л.А., Штепо М.В.,
Морозова В.А.*

*Звягина Ж.А., Соколова Ю.Э., Цой Е.Г., Михеева Н.А.,
Петелина В.К.*

Ильясов А.Б., Файзырахманова М.М., Юсупбаев Р.Б.

Исаханов М.А., Шарипова М.Г., Манабаева Г.К.

Исмаилова З.И., Азизова Д.Ш., Азизова Г.Д., Азизова Э.И.

*Кадырбердиева Ф.З., Шмаков Р.Г., Бокерия Е.Л.,
Тетраушвили Н.К., Костюков К.В., Донников А.Е.*

Караваева А.Л., Тимофеева Л.А., Зубков В.В., Тютюнник В.Л.

Карапетян Т.Э., Гвенетадзе Ш.Г.

Каримов Ахмад Хашимович, Тухтабаев Анвар Алишерович

Каюпова Л.С., Мирзахметова Д.Д., Кравцова Т.Г., Манасова И.К.,

Каюпова Л.С., Терликбаева А.Т., Кравцова Т.Г., Манасова И.К.

Котик И.Е., Пекарева Н.А., Зубков В.В.

*Кравцова Т.Г., Каюпова Л.С., Манасова И.К., Насырова Ш.Т.,
Якупова Г.М.*



Куручка М.П., Волокитина Е.И.

Куценко И.И., Галустян М.В., Боровиков И.О.

Макеева М.И., Зубков В.В., Шмаков Р.Г., Цой Т.А., Ванько Л.В.,
Жукова А.С., Кречетова Л.В.

Морева Ж.Г.¹, Миронов А.Ю.¹, Васильев М.М.², Сащенко В.П.³

Нигматуллин А.И., Петрейкина И.Е.

Одинокое В.А., Чаговец В.В., Салимова Д.Ф., Стародубцева Н.Л.,
Кононихин А.С., Франкевич В.Е., Шмаков Р.Г.

Омарпашаева М.И., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х.-М.

Печенкина Н.С.

Печенкина Н.С., Седавных Е.А

Романов А.Ю., Долгушина Н.В., Макарова Н.П.

Романов А.Ю., Долгушина Н.В., Макарова Н.П.

Сергеева О.В., Евсеева М.Е., Итальянцева Е.В., Кудрявцева В.Д.

Серов В.Н., Баранов И.И., Нестерова Л.А.

Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Уварова Е.Е.,
Попов А.А., Клычбаев Т.С., Гаджиева Р.А..

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

Тютюнник Н.В., Донников А.Е., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.,
Харченко Д.К.

Файзрахманова М.М., Сударева М.В., Абаева Е.В.,
Олейниченко О.Н.

Файзырахманова М.М., Олейниченко О.Н., Абаева Е.В.

Файзырахманова М.М., Сударева М.В., Абаева Е.В.



*Чурсина О.А., Константинова О.Д., Веккер И.Р., Степанов С.Ю.,
Студенов Г.В., Василевская Г.В., Сенникова Ж.В.*

Шамсиева З.И., Юсупбаев Р.Б.

*Шарафутдинова Д.Р.^{1,2}, Балашова Е.Н.¹, Ионов О.В.^{1,2},
Киртбая А.Р.^{1,2}, Голубцова Ю.М.^{1,2}, Зубков В.В.^{1,2},
Дегтярев Д.Н.^{1,2}, Павлович С.В.^{1,2}*

Шарипова М.Г., Кыстаубаева А.С., Танышева Г.А.

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

Шнейдерман М.Г., Явельский В.А.

Юсупбаев Р. Б., Тухтабаева Г.М.