



28–30 СЕНТЯБРЯ 2020 ГОДА
Московская область, г. Красногорск,
МВЦ «Крокус Экспо», 3 павильон, 4 этаж, 20 зал

XXI ВСЕРОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ
ФОРУМ
Мать и Дитя

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

ОРГАНИЗАТОРЫ:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России
- Российское общество акушеров-гинекологов
- Лига акушерок России

КОНГРЕСС-ОПЕРАТОР
ООО «МЕДИ Экспо»



**XXI ВСЕРОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
Мать и Дитя – 2020**

28–30 СЕНТЯБРЯ 2020 ГОДА
Московская область, г. Красногорск,
МВЦ «Крокус Экспо», 3 павильон, 4 этаж, 20 зал

Авторы ▶

Содержание ▶

Постерные доклады ▶

Тезисы ▶

В начало ▶

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

*XXI Всероссийский
научно-образовательный форум
«Мать и Дитя – 2020»*



28–30 сентября 2020 года

Московская область, г. Красногорск

Главные редакторы:

Сухих Г.Т.

Серов В.Н.

Научные редакторы:

Баранов И.И.

Зубков В.В.

Нестерова Л.А.

ISBN 978–5–906484–57–4

©«МЕДИ Экспо», 2020

Москва, 2020 – 128 с.



XXI Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и Дитя – 2020»

АКУШЕРСТВО

ИСХОДЫ РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРУКТУРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПУПОВИНЫ

Алсатоу А.С.

*Государственный Университет Медицины и Фармации им. «Николая Тестемицану»
г. Кишинев*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пуповина, как сосудисто-мезенхимальный орган, является основной структурой фетоплацентарного круга кровообращения, обеспечивающей нормальное развитие всех видов обмена между матерью и плодом. Внутриутробное состояние плода во многом зависит от особенностей развития пуповины. Аномалии ее строения и положения чрезвычайно многообразны и служат не только причиной, но и маркером ряда акушерских и перинатальных осложнений (Collins J.H., 2010, Benirschke K., 2012). По данным различных источников, частота развития патологии пуповины колеблется от 15–38% и служит причиной перинатальной заболеваемости и смертности. Адекватная диагностика этих патологических состояний позволяет своевременно изменить тактику ведения беременности и родов.

ЦЕЛЬ

Изучение исходов родов в зависимости от структурных особенностей пуповины.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное исследование 190 пациенток, которые были распределены на 2 группы: основная группа (L1) включала 95 пациенток и их новорожденных с патологией пуповины, контрольная группа (L0) – 95 пациенток и их новорожденных без патологии пуповины. Всем участникам исследования было проведено комплексное клинико-параclinical обследование с морфологическим изучением состояния структуры пуповины. Статистическая обработка выполнена с помощью пакета прикладных программ SPSS 23 и SAS 9.4. Критическое значение уровня значимости принималось равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По возрастному критерию, месту проживания, семейному положению обе группы были однородными. Возраст беременных варьировал от 19 до 40 лет. Средний возраст женщин в основной группе (L1) составил $29,09 \pm 4,84$ года, а в контрольной (L0) – $27,86 \pm 4,36$ года. Патологические изменения пуповины включали: аномалии прикрепления, длины, диаметра, аномалии сосудов, положения, извитости, узлообразования. Результаты данного исследования показали зависимость течения беременности и родов, исходов для плода и новорожденного от структурных особенностей пуповины ($p < 0,05$).

Патоморфологические особенности в тканях пуповины у пациенток основной группы характеризовались нарушенным сосудистым сопротивлением. Перечисленные изменения послужили причиной нарушения фетоплацентарного кровообращения с преобладанием осложнений у новорожденных гипоксического генеза ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие патологической пуповины позволяет включить новорожденных в группу повышенного риска развития гипоксических постнатальных осложнений. Своевременная и полная диагностика патологии пуповины приводит к благоприятному течению беременности и родов, что способствует улучшению перинатальных исходов.



ОЦЕНКА МИКРОБИОТЫ ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Андреева М.В., Неклюдова А.В.

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Волгоград*

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время инфекции в мире стоят на четвертом месте в структуре материнской смертности и составляют 11%. К сожалению, кесарево сечение (КС) увеличивает риски инфекционных осложнений (ИО) в послеоперационном периоде. Несмотря на широкое внедрение в акушерскую практику антибиотиков, способствующих резкому снижению уровня послеродовых ИО, проблема антибиотикорезистентности остается актуальной. Следовательно, изучение микробиоценоза генитального тракта женщин до и после КС является актуальным для выбора антибиотикопрофилактики и лечения.

ЦЕЛЬ

Изучить микробиоценоз генитального тракта женщин до и после КС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По приказу МЗ РФ № 572 н проведено обследование 41 родильниц после КС. Из них 21 женщина не имела ИО после КС (1 группа) и у 20 пациенток выявлены ИО (2 группа). Изучение микробиот влагалища, эндометрия, цервикального канала проводилось бактериологическим методом с определением чувствительности к антибиотикам.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Большинство женщин 1 группы были старше 30 лет (54%). Для женщин 2 группы более характерен возраст до 30 лет (53,5%). Среди гинекологической патологии в 1 группе преобладали цервицит (23,8%), эрозия шейки матки (4,7%), во 2 группе – бесплодие в анамнезе (26,4%), цервицит (10,5%), полип эндометрия (10,5%). Частота медабортов в анамнезе составила в 1 группе 4,6%, во 2 группе – 10,5%. Течение беременности у пациенток 1 группы осложнилось угрозой преждевременных родов (23,8%), анемией (19%), во 2 группе – ОРВИ (52,6%), вагинитом (31,5%), гестационным сахарным диабетом (21%). У 68,4% пациенток 2 группы операция КС была срочная (в первой группе у 38,1%). Дородовое излитие околоплодных вод выявлено у 27,8% женщин 1 группы и у 42,1% – 2 группы. При бактериологическом анализе от-

деляемого из влагалища и цервикального канала в 1 группе до родов обнаружены *S. Epidermidis* (19,5%) и *S. Haemolyticus* (14,3%), во 2 группе – соответственно 21,2% и 15,6%. При взятии материала на бакпосев из полости матки во время КС в 66,7% случаев роста микрофлоры в обеих группах не было. В некоторых случаях выявлена *E.coli* (4,7%). При анализе материала бакпосевов из влагалища и цервикального канала после операции в 1 группе выявлены *E.coli* (19,5%) и *S. Epidermidis* (10%). У женщин 2 группы пуерперий осложнилась инфильтрацией кожного шва (31,5%) и его септотомией (42,1%). При анализе материала бакпосевов из названных выше сред у них выявлены *S. Epidermidis* (47,9%), *E.coli* (47,3%) и *Klebsiella* (15,8%), из операционной раны – *S. Epidermidis* (10,5%) и *E. coli* (5,2%). Установлена чувствительность 57,9% микроорганизмов к гентамицину, 42,1% – к имипенему, 52,6% – к ванкомицину.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У большинства женщин 2 группы операция КС была срочная по сравнению с 1 группой. У них чаще было дородовое излитие околоплодных вод. Течение беременности во 2 группе осложнилось ОРВИ, вагинитом и гестационным сахарным диабетом в отличие от 1 группы. У всех женщин до родов преобладали *S. Epidermidis* и *S. Haemolyticus*. Основными возбудителями послеоперационных инфекций были *S. Epidermidis* и *E.coli* наиболее чувствительные к гентамицину, имипенему, ванкомицину.



ВОПРОС «РЕБРОМ» В ВОЗМОЖНОСТЯХ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДОВ КАТЕТЕРОМ ФОЛЕЯ

Баранов А.П., Уманский М.Н., Буштырев А.В., Медведева Г.В., Дмитриева М.П.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Индукция родов – акушерская процедура искусственного стимулирования родов перед самопроизвольным началом. В настоящее время 30–40% родов, проходящих через естественные родовые пути, программированные. Процесс индукции родов часто начинается с созревания шейки матки, которое включает её размягчение и истончение. Существуют различные методы созревания шейки матки, включая фармакологические и/или механические методы. Катетер Фолея является эффективным средством для созревания шейки матки благодаря своему механизму действия и профилю безопасности, а также экономически недорогим вмешательством.

ЦЕЛЬ

Изучить влияние эпидуральной аналгезии на течение индуцированных родов (интрацервикальное введение катетера Фолея).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

58 пациенток, которым была осуществлена попытка вагинальных родов после преиндукции катетером Фолея. В зависимости от времени выполнения эпидуральной аналгезии (ЭА) выделены 2 группы. В I группу (n=38) вошли пациентки, которым ЭА проведена до развития регулярной родовой деятельности в связи с болевым синдромом. Во II группу (n=20), были включены пациентки, которым ЭА проводилась после развития регулярной родовой деятельности. Статистическая обработка полученных результатов выполнена с помощью пакета прикладных программ программы IBM SPSS Statistics 23.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст женщин был сопоставим: в I группе 29,4±5,4 лет, во II группе – 30,5±5,7 лет. Индекс массы тела был сходным: в I группе – 23,69±4,6, во II группе – 23,8±4,6. Срок беременности на момент преиндукции: в I группе – 39 недель 6 дней ± 1 день, во II группе – 39 недель 5 дней ± 1 день. Оценка шейки матки по шкале Бишоп в I группе – 5,6±0,97, во II группе – 5,7±0,85, была сопоставима. Объем катетера Фолея в I группе – 71,5±11,2 мл.,

во II группе – 72,5±8,5 мл. Время, от начала преиндукции, до начала схваток: в I группе – 574±290 минут, во II группе – 587±281 минут. При анализе течения родов обращали внимание на развитие слабости родовой деятельности, которое чаще наблюдалось в I группе – 14 (36%) случаев, во II группе в 3 (15%) случаев. Родоразрешение через естественные родовые пути: I группа – 29 (76%) случаев, II группа – 18 (90%) случаев. Вакуум-экстракция плода потребовалась только в I группе и составила 5 (13%) случаев. Показаниями к операции кесарево сечение: в I группе – клинически узкий таз – 4 (10%), слабость родовой деятельности – 3 (8%), дистресс плода – 1 (3%), ПОНРП – 1 (3%); во II группе – клинически узкий таз – 2 (10%). Послеродовое кровотечение было у 1 (3%) пациентки в I группе. Разрыв шейки матки: в I группе – 1 (3%) случай, во II группе – 3 (15%) случая. Состояние новорожденных по шкале Апгар на 1 – 5 минуте: в I группе 8,26±0,8 – 8,84±0,78 баллов, а во II группе – 8,15±1,8 – 8,7±1,94 баллов соответственно. Вес детей при рождении: в I группе – 3511±552 грамм, во II группе – 3493±420 грамм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, мы установили, что выполнение ЭА (при индуцированных родах путем интрацервикального введения катетера Фолея) до начала регулярной родовой деятельности может незначительно сократить время, от начала преиндукции, до развития схваток; снизить травматизм матери. Обратной стороной является значительное увеличение частоты слабости родовой деятельности у пациенток, которым ЭА проведена до схваток, что влечет за собой закономерное увеличение оперативных родоразрешений (вакуум-экстракций и кесарево сечение). Необходимы дальнейшие исследования, для выявления оптимального применения эпидуральной аналгезии при индуцированных родах катетером Фолея.



К ВОПРОСУ О РОЛИ МАТЕРИНСКОЙ ТРОМБОФИЛИИ В ГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Бегова С.В., Эседова А.Э.

*Дагестанский государственный медицинский университет
г. Махачкала*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Многokrатные роды ассоциируются с неблагоприятными исходами родов и увеличением частоты репродуктивных потерь. Проблема профилактики акушерских осложнений всегда является одной из главных проблем в акушерстве. Развитие современных методов исследования позволило существенно расширить представление о наследственном генезе осложненного течения беременности (Макацария А.Д., 2007, Айламазян Э.К., 2011, И.Н. Фетисова с соавт., 2014).

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось изучение роли различных форм тромбофилии в генезе репродуктивных потерь у многорожавших женщин с отягощенным акушерским анамнезом в Республике Дагестан

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследовано 570 многорожавших женщин с отягощенным акушерским анамнезом (ОАА). Средний возраст женщин составил 34,5 лет. Женщины были распределены на 3 группы. В 1 группу вошли 252 многорожавшие женщины (МРЖ), у которых в анамнезе были преэклампсия тяжелой степени с антенатальной гибелью плода во 2 и 3 триместрах; во 2 группу вошли 257 МРЖ, у которых в анамнезе были ПОНРП с антенатальной гибелью плода, В группу контроля вошли 61 МРЖ без отягощенного анамнеза

Всем пациенткам проводилось комплексное исследование системы гемостаза, генетических факторов тромбофилии и фолатного цикла, волчаночного антикоагулянта, антител к фосфолипидам и кардиолипину, гомоцистеина

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты исследования показали, что наиболее распространенными полиморфизмами у женщин 1 и 2 группы были гомозиготные мутации генов МТНFR C677T (52% и 53% соответственно), инте-

грин альфа 2 (26% и 24% соответственно), PAI-1 (серпина) (37% и 42%). Гетерозиготная мутация Лейдена (F5) была выявлена у 12% и 18% МРЖ 1 и 2 групп соответственно. Гетерозиготная мутация гена протромбина (F2) была выявлена 8% женщин из 1 группы.

Суммарное гомо- и гетерозиготное носительство неблагоприятного аллеля PAI-1-675 4G у МРЖ из 1 и 2 группы существенно превышает таковое в группе контроля (37% и 42% и 7.2% соответственно)

У 34% МРЖ из 1 группы и 42% МРЖ из 2 группы были выявлены сочетание 3–4 форм носительства гетерозиготных полиморфизмов, что усиливало тромботический эффект

У 18% женщин из 1 группы было выявлено сочетание гомозиготных мутаций генов Интегрин альфа 2 и PAI-1 (серпина)

У 6% МРЖ – носительниц мутации гена Протромбина (1 группа) – начало и течение преэклампсии тяжелой степени носило молниеносный характер и резистентность к проводимой терапии в послеродовом периоде

Сочетание гетерозиготного носительства гена F5 с гомозиготной мутацией гена МТНFR C677T имело место у 16% МРЖ 1 группы и у 18% МРЖ 2 группы.

Повышение уровня гомоцистеина было выявлено практически у всех МРЖ – носительниц как гомо- так и гетерозиготной мутации гена МТНFR C677T.

Изучение анамнеза обследованных МРЖ показало, что дебют патогенного влияния генов тромбофилии начинался после 3-х родов

В группе контроля были выявлены гетерозиготные мутации генов Фибриногена (13%), интегрин альфа 2 (7%), МТНFR C677T и 1298 (5% и 9%)

У 1 МРЖ из 1 группы в анамнезе было 5 индуцированных родов (1 – через естественные родовые



пути, 4 – путем кесарева сечения в сроках 36–38 нед). Показаниями были преэклампсия тяжелой степени и антенатальная гибель плода. У данной женщины были выявлены мутации Лейдена (гомозигота), серпина (гомозигота) и фибриногена (гомозигота).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у МРЖ с ОАА выявлена большая частота неблагоприятных аллелей генов тромбофилии и их сочетаний, что позволяет прогнозировать у них высокий риск осложнений гестации и повышение числа репродуктивных потерь

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРОТИВОТРОМБОТИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Бегова С.В., Эседова А.Э.

*Дагестанский государственный медицинский университет
г. Махачкала*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Профилактика и терапия тромботических осложнений в настоящее время является актуальной, поскольку именно с этими причинами во многом связаны акушерские осложнения и материнская смертность. Многократные роды являются универсальным фактором риска и как раз ассоциируются с неблагоприятными исходами родов и увеличением частоты репродуктивных потерь.

ЦЕЛЬ

Выяснение роли тромбофилии в структуре причин развития преэклампсии (ПЭ) и антенатальной гибели плода и разработка комплексной профилактики тяжелой (ПЭ) и антенатальной гибели плода у многорожавших беременных с генетически обусловленной тромбофилией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основную группу вошли 252 многорожавшие беременные, у которых одна из предыдущих беременностей осложнилась тяжелой (ПЭ) и антенатальной гибелью плода во 2 и 3 триместрах.

В группу контроля вошли 50 многорожавших беременных безотягощенного анамнеза. Средний возраст женщин составил 34,5 лет

Всем пациенткам проводилось комплексное исследование системы гемостаза, ПЦР – исследование генетических факторов тромбофилии и фолатного цикла, волчаночного антикоагулянта, антител к фосфолипидам и кардиолипину.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее распространенными полиморфизмами у женщин основной группы были гомозигот-

ные мутации генов МТНFR C677T (52%), интегрин альфа 2 (26%), PAI-1 (37%., гетерозиготные мутации Лейдена (F5) и гена протромбина (F2) были выявлена у 12% и 8% женщин.

Суммарное гомо- и гетерозиготное носительство неблагоприятного аллеля PAI-1–675 4G в основной группе существенно превышало таковое в группе контроля (37% и 7.2% соответственно). У 34% женщин из основной группы были выявлены сочетания 3–4 форм носительства гетерозиготных мутаций, у 18% женщин было выявлено сочетание гомозиготных мутаций генов Интегрин альфа 2 и PAI-1, сочетание гетерозиготного носительства гена F5 с гомозиготной мутацией гена МТНFR C677T имело место у 16% беременных.

В группе контроля были выявлены гетерозиготные мутации генов Фибриногена (13%), интегрин альфа 2 (7%), МТНFR C677T и 1298 (5% и 9%)

В качестве антикоагулянтной терапии применялся НМГ – эноксапарин натрия (Клексан). Препарат вводился по 4000Мед (0,4мл) 1 раз в сутки подкожно. Контроль показателей гемостаза на фоне применения препарата проводился каждые 10–15 дней. В случае отсутствия эффекта доза препарата увеличивалась на 2000 МЕд. 65% беременных осн.группы получали эноксапарин натрия по 4000 МЕд (0,4 мл) дважды в сутки.

Вместе с контролем за системой гемостаза проводился контроль в/у состояния плода (доплерометрия, КТГ каждые 3–7 дней)

У 235 беременных из осн.группы беременность завершилась своевременными родами (93,2%), из них 10,3% проведено кесарево сечение в связи



с наличием у них рубца на матке. 17 женщин были родоразрешены экстренно до 37 недель беременности в связи с развитием у них ПЭ средней степени и нарушением маточно-плацентарного кровотока II–III степени. Недоношенные дети были переведены на 2 этап выхаживания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Своевременное выявление мутаций генов тромбофилии и их сочетаний у многорожавших женщин с ПЭ и антенатальной гибелью плода в ана-

мнезе имеет важное диагностическое значение, так как позволяет прогнозировать у них высокий риск осложнений гестации и провести во время последующих беременностей патогенетическую профилактику. Патогенетически обусловленное применение антикоагулянтной терапии Эноксапарином натрия начиная с фертильного цикла и в течение всей беременности, позволяет предотвратить развитие тяжелой ПЭ и антенатальной гибели плода у многорожавших женщин.

ПЛАЦЕНТАРНАЯ ЭКСПРЕССИЯ СОСУДИСТОТРОПНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Вельская Э.М., Петяева А.В., Коптеева Е.В., Дробинцева А.О.

СПбГУ

г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Плацентарный фактор роста (PlGF) и эндоглин (ENG) являются одними из ключевых участников ангиогенеза и регуляции сосудистого тонуса. При сахарном диабете (СД) плацентарная экспрессия факторов нарушена, что ведет к генерализованному сосудистому спазму, гипоксии и развитию эндотелиальной дисфункции и способствует развитию гестационных осложнений у женщин с нарушениями углеводного обмена. Несмотря на то, что СД является значимым фактором риска их развития, в литературе представлены единичные данные об особенностях плацентарной экспрессии сосудистотропных факторов у женщин с различными типами СД.

ЦЕЛЬ

Оценить уровень экспрессии сосудистотропных факторов в ткани плацент у женщин с различными типами сахарного диабета (1, 2, гестационный), преэклампсией (ПЭ) и условно здоровых.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования – ретроспективное, когортное. Выделены следующие группы исследования плацент: I–женщины с СД 1 типа (n=20) и незапланированной беременностью (НБ) (HbA1c > 6,5% до зачатия и в 1 триместре); II–СД 1 типа (n=20) и запланированной беременностью (ЗБ) (HbA1c < 6,5% до зачатия и в 1 триместре); III–СД 2 типа (n=11), получавших диетотерапию; IV–СД 2 типа (n=20), получавших инсулинотерапию; V–ГСД (n=14), получавших диетотерапию; VI–ГСД (n=19), получавших инсулинотерапию; VII–женщины с ПЭ

и без нарушений углеводного обмена (n=10); VIII–контрольная группа-без нарушений углеводного обмена и осложнений беременности (n=10). Морфологическое и морфометрическое исследования проводились по стандартной методике. Для иммуногистохимического исследования использовали первичные моноклональные антитела к CD-105 и PlGF (Abcam). Морфометрическое исследование проводили с использованием микроскопа Nikon Eclipse 400 и программного обеспечения «Видеотест-Морфология 5.3».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наибольшая экспрессия ENG в плацентах выявлена в группе ПЭ-20,34% (95% ДИ 18,59–22,09). Высокие показатели экспрессии ENG были характерны для групп СД 1 с НБ –16,98% (95% ДИ 15,28–18,68), СД 2 типа и ГСД, получающие инсулин–14,78% (95% ДИ 13,12–16,43) и 15,8% (95% ДИ 14,1–17,5) соответственно. Наибольшая площадь экспрессии PlGF была характерна для группы контроля – 2,12%(95% ДИ 1,47–2,76), наименьшая зафиксирована в группе ПЭ-0,18% (95% ДИ 0,15–0,20). В группах СД 2 типа и ГСД, получающих диету, показатели уровня экспрессии были выше в сравнении с группами на инсулинотерапии: 1,0% (95% ДИ 0,80–1,19) и 1,36% (95% ДИ 1,17–1,55) против 0,45% (95% ДИ 0,33–0,57) и 0,39% (95% ДИ 0,29–0,49) соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования установлено, что СД ассоциирован с достоверно более высокими значениями плацентарной экспрессии



ENG и более низким уровнем PlGF. Для групп СД 2 типа и ГСД на инсулинотерапии, а также СД 1 типа с НБ характерны более высокие уровни экспрессии ENG и более низкие значения PlGF. В группах СД с тяжелой ПЭ уровень PlGF был наиболее

низким, а экспрессия ENG особенно выраженной, что может говорить о зависимости между уровнем экспрессии сосудистотропных факторов и тяжестью проявлений данной патологии.

ПЛАЦЕНТАРНАЯ ЭКСПРЕССИЯ ЛЕПТИНА И ФАКТОРА ИНДУЦИРУЕМОГО ГИПОКСИЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Вельская Э.М., Петяева А.В., Коптеева Е.В., Дробинцева А.О.

СПбГУ

г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лептин (LEP), регулирующий трансплацентарный транспорт веществ, и фактор индуцируемый гипоксией (HIF-1), являющийся маркером оксидативного стресса плаценты, вносят свой вклад в патогенез неблагоприятных материнских и перинатальных исходов. Несмотря на то, что сахарный диабет (СД) является значимым фактором риска развития осложнений беременности, работы, посвященные вопросу экспрессии данных факторов у женщин с различными типами СД, многочисленны и противоречивы.

ЦЕЛЬ

Оценить уровень экспрессии LEP и HIF-1 в ткани плацент у женщин с различными типами сахарного диабета (1, 2, гестационный), преэклампсией (ПЭ) и условно здоровых.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования – ретроспективное, когортное. Выделены следующие группы исследования плацент: I–женщины с СД 1 типа (n=20) и незапланированной беременностью (НБ) (HbA1c > 6,5% до зачатия и в 1 триместре); II–СД 1 типа (n=20) и запланированной беременностью (ЗБ) (HbA1c < 6,5% до зачатия и в 1 триместре); III–СД 2 типа (n=11), получавших диетотерапию; IV–СД 2 типа (n=20), получавших инсулинотерапию; V–ГСД (n=14), получавших диетотерапию; VI–ГСД (n=19), получавших инсулинотерапию; VII–женщины с ПЭ и без нарушений углеводного обмена (n=10); VIII–контрольная группа–без нарушений углеводного обмена и осложнений беременности (n=10). Морфологическое и морфометрическое исследование проводилось по стандартной методике. Для иммуногистохимического исследования использовали первичные моноклональные антитела к CD-105 и PlGF (Abscam). Морфометрическое исследо-

вание проводили с использованием микроскопа NikonEclipse 400 и программного обеспечения «Ви-деотест-Морфология 5.3».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наибольшая экспрессия LEP наблюдалась в плацентах при СД 1 типа с НБ–18,63%, (95% ДИ 14,72–22,54). Значения площади экспрессии LEP в группе СД 2 типа были выше в группе инсулинотерапии по сравнению с диетой: 13,98% (95% ДИ 10,83–17,13) против 9,86% (95% ДИ 8,64–11,09). Такая же тенденция отмечалась и в группе ГСД: 12,23% (95% ДИ 10,59–13,88) на инсулине и 8,34% (95% ДИ 3,74–12,95) на диете. Наибольшая экспрессия HIF-1 наблюдалась в плацентах при СД 1 типа с НБ–30,44% (95% ДИ 27,72–33,15), а наименьшая в группе контроля–11,62% (95% ДИ 7,45–15,8). Также высокий уровень экспрессии HIF-1 был характерен для группы ПЭ–29,64% (95% ДИ 23,62–35,66). В группах СД 2 типа и ГСД, получающих инсулинотерапию, уровень экспрессии данного фактора был выше в сравнении с диетотерапией: 25,26% (95% ДИ 22,63–27,88) и 24,17% (95% ДИ 21,67–26,67) против 19,79% (95% ДИ 17,36–22,23) и 17,58% (95% ДИ 15,03 –20,12) соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования установлено, что СД ассоциирован с достоверно более высоким уровнем плацентарной экспрессии LEP и HIF-1. Для групп СД 2 типа и ГСД на инсулинотерапии, а также СД 1 типа с НБ характерны более высокие уровни экспрессии LEP и HIF-1. Полученные результаты можно объяснить тем, что в плаценте имеются выраженные метаболические нарушения и ткань находится в состоянии глубокой гипоксии при данной патологии.



ВОЗМОЖНОСТИ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ В 22–28 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Криволезова Т.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Методы эфферентной терапии (ЭТ; плазмаферез и др.) в акушерстве успешно применяются много лет и доказаны их детоксикационный, противовоспалительный и пр. положительные эффекты: [Кулаков В.И. и др., 2001; Серов В.Н. и др., 2011; Сухих Г.Т. и др., 2012]. Однако, в клинических рекомендациях по акушерству безопасные и высокоэффективные меры «исчезли» [Адамян Л.Г. и др., 2016] и с 2017 г их финансирование государством прекратилось.

ЦЕЛЬ

Цель работы – изучить возможности использования методов ЭТ при тяжелой акушерской патологии в 22–28 недель беременности для ее пролонгирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2017–2019 гг в ПЦ СПбГПМУ методы ЭТ проводили в 22–28 недель (в среднем с 24, 2 недель) 73 беременным и показаниями были: хроническая плацентарная недостаточность (ХПлН) с синдромом задержки роста плода (СЗРП) на фоне преэклампсии (ПЭ), холестатического гепатоза, резус-конфликта; истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) с пролабированием плодного пузыря в шейный канал; преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ). Средний возраст беременных был 33,2 года, у всех был отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез, у каждой третьей беременность наступила после ЭКО. Женщины безуспешно лечились по протоколам в других стационарах и переводились в ПЦ для прерывания беременности в интересах плода. У всех пациенток были патологические изменения в анализах (анемия, тенденция к гиперкоагуляции, повышенный лейкоцитарный индекс интоксикации и др.), нарушения маточно-плацентарного кровотока 1–3 степени. Основной процедурой был среднеобъемный мембранный плазмаферез (ПА; на курс в среднем 3,6 сеансов), терапию дополняли сеансами фотомодификации крови (ФК) ультрафиолетовыми или лазерными лучами (до 10 ежедневно – апп. «Ма-

трикс-ВЛОК», г.Москва). Абсолютными противопоказаниями для процедур ЭТ у женщин были необратимые изменения со стороны жизненно важных органов и кровотечения, со стороны плода – не совместимые с жизнью врожденные пороки развития (ВПР).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Угрожающих жизни матери и плода осложнений не было. С началом ЭТ у больных отмечали хороший клинический эффект с нормализацией показателей гомеостаза, данных исследования плода с пролонгированием беременности и даже выпиской беременных домой с проведением им поддерживающих сеансов ЭТ в амбулаторных условиях. У всех пациенток беременность пролонгировали на 2–15 недель, частота ПР составила 90,4%, кесарева сечения – 95,9%, мертворождений и осложнений после родов у матерей не было. Погибли от полиорганной недостаточности 6 из 88 (6,8%) новорожденных детей (было 12 двоен, 1 тройня) у матерей с запущенными ХПлН и СЗРП: в постнатальном периоде – 2, в позднем неонатальном периоде (8–28 сутки жизни) – 3, на 5 месяце жизни – 1. МТ у всех погибших детей при рождении была 700–800 гр, у трех из них были сочетанные, не угрожаемые жизни ВПР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Безопасные, доступные, дешевые, выполняемые на отечественном оборудовании методы ЭТ способствуют пролонгированию беременности, предотвращают гибель детей при тяжелой акушерской патологии и поэтому должны быть включены в клинические протоколы ведения женщин из групп высокого риска по наступлению ОРПР.



АФЕРЕЗНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИИ

Воинов В.А., Иванов Д.О., Ветров В.В., Вьюгов М.А., Криволесова Т.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

В России существуют два вида тактики беременных с резус-иммунизацией: активная и выжидательно-активная. В первом случае рекомендуется проведение среднеобъемного плазмафереза (ПА) из 3–5 процедур через день-два до беременности и в начале беременности с дополнительным введением женщине иммуноглобулина (ИГ). Такая тактика способствует неспецифической профилактике тяжелых форм гемолитической болезни плода (ГБП) [Суших Г.Т. и др., 2012]. Во втором случае предлагается лишь наблюдение за беременными, а при развитии тяжелой анемии у плода – проведение ему внутриматочных переливаний донорских эритроцитов (ПДЭ), что сопровождается перинатальной смертностью до 182/1000 [Айла-мазян Э.К., Павлова Н.Г., 2012; Савельева Г.М. и др., 2011].

ЦЕЛЬ

Цель исследования – провести сравнительный анализ исходов беременности при резус-иммунизации с применением беременным аферезных технологий (АТ) и переливаний донорских эритроцитов (ПДЭ) внутриутробному плоду.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено многоцентровое исследование результатов использования ПА и ПДЭ плоду в семи учреждениях разных регионов России и в перинатальном центре г.Донецка (ДНР). В 1-ю группу вошли 345 женщин, которым при беременности проводили курсы ПА, который сочетали с фотомодификацией крови лазерными, ультрафиолетовыми лучами, введением ИГ. Во 2-ю группу включены 52 беременных, у которых проводили ПДЭ плоду при развитии у него тяжелой ГБП. В динамике всем пациенткам проводили стандартные методы клинико-лабораторно-инструментального обследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным анамнеза беременные в группах практически не отличались. Отмечены следующие особенности: 1/ частота титров резус-антител в плазме крови 1:32 и выше у пациенток 1-й группы

была в 2,9 раза реже, чем у пациенток 2-й группы; 2/ во 2-й половине беременности в 1-й группе женщин, в отличие от пациенток 2-й группы, преэклампсия, синдром задержки развития плода, холестатический гепатоз были редкими и только у тех женщин, кому ПА начинали проводить позднее 26 недель; 3/ во 2-й группе женщин, которым проводили ПДЭ плоду, частота преждевременных родов, операции кесарево сечение (КС), тяжелой ГБП и перинатальной смертности составили 84,6%, 76,9%, 100,0% и 18,9% (на 1000 родов – 188,7) соответственно. Это было чаще, чем в группе женщин, получавших АТ, в 2,8, в 6,6, в 3,7 и в 13,1 раза соответственно. Причем, в 1-й и 2-й группах женщин средняя масса плодов составила $2936,0 \pm 28,3$ гр и $2205,4 \pm 81,3$ гр, заменное переливание крови родившемуся плоду проводили в 25,2% и 93,3% ($p < 0,05 - 0,001$) наблюдений, в среднем по 1,1 и по 2,3 операции на человека, соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Курсы ПА, в отличие от ПДЭ плоду, являются надежной мерой профилактики развития осложнений второй половины беременности и тяжелой ГБП.



ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Давыдова Ю.Д., Веккер И.Р., Ефремова Е.Г., Приймак В.Г., Солодовникова Е.О.

ГАУЗ ООКБ №2

г. Оренбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема течения беременности на фоне новой коронавирусной инфекции covid-19 чрезвычайно актуальна и сложна, в связи с отсутствием достаточного клинического опыта (RCOG 2020, ICNARC 2020).

ЦЕЛЬ

Уточнение тактики ведения пациентки с тяжелым течением новой коронавирусной инфекции covid-19 на фоне 3 триместра беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В поле нашего зрения оказалась беременная пациентка Г., 35 лет в сроке 31–32 недели с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией covid-19 тяжелого течения, осложненной внебольничной двусторонней пневмонией.

Из анамнеза: настоящая беременность наступила в результате ЭКО и криопереноса пятидневного эмбриона 20.12.2019 г. Из особенностей течения – рвота беременной средней степени в 1 триместре, гестационный сахарный диабет, скорректированный диетой.

04.07. в сроке 31 нед. пациентка поступает в ковид-центр в состоянии средней степени тяжести, t тела 38,0 С, ЧДД 20/мин, SpO₂ 97%. Лабораторные исследования, выполненные согласно временным клиническим рекомендациям МЗ РФ (28.04.2020 г.) без патологии, УЗИ плода без особенностей. Анализ на covid-19 положительный от 03.07., по данным КТ органов грудной клетки (ОГК) – двусторонняя интерстициальная полисегментарная пневмония. Назначены лопинавир +ритонавир, хеомоцилин, эноксапарин натрия, системные глюкокортикостероиды.

В связи с развитием острого респираторного дистресс-синдрома от 06.07., дальнейшее лечение пациентка получала в условиях реанимационного отделения. На КТ ОГК обнаружен двусторонний плевральный выпот. Проведена консультация с федеральным центром; рекомендовано: пролонгировать беременность, продолжить антибактериальную терапию в прежнем режиме. 09.07. ввиду

нарастающей одышки – ЧДД 35–40/мин, снижения SpO₂ до 86–87% на фоне неинвазивной ИВЛ, пациентка переведена на продленную инвазивную ИВЛ (ИИВЛ), на фоне которой SpO₂ 90–91%.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Неэффективность ИИВЛ явилась показанием для досрочного родоразрешения операцией кесарева сечения, в результате которой извлечен живой недоношенный мальчик (31 нед. 4 д.) на 4/6 баллов по Апгар.

В связи с отрицательной динамикой на 4 сутки после операции (SOFA 5 баллов), произведена коррекция антибактериальной терапии: вводился ванкомицин, добавлен метрогил. По данным УЗИ матки выявлена субинволюция с расширением полости до 7 мм. Согласно решению консилиума, проведена вакуум-аспирация содержимого полости матки. На 7 сутки, ввиду отсутствия эффекта от скорректированной антибактериальной терапии (SOFA 8 баллов), произведена смена антибиотиков на линезолид, цефтаролин, амикацин. Учитывая отсутствие условий для экстубации, выполнена трахеостомия, респираторная поддержка сохранена на прежнем уровне. На 10 сутки учитывая улучшения клинических и лабораторных показателей, пациентка выведена из медикаментозной комы, к 15 суткам деканюлизована, начата ступенчатая отмена антибактериальной терапии. На 19 сутки пациентка переведена в пульмонологическое отделение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то, что лечение продолжается, данный клинический случай указывает на необходимость коллегиального ведения подобных пациенток для сохранения жизни и здоровья матери и ребенка, особенно в условиях пандемии covid-19, что является первостепенной задачей (WHO 2016 г.).



БЕРЕМЕННОСТЬ У ПАЦИЕНТОК С ПОЗДНИМИ СТАДИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Демьянова К.А., Козловская Н.Л., Апресян С.В., Рыльцева Л.П., Коротчаева Ю.В., Бондаренко Т.В.

ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗ г. Москвы
г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Беременность у пациенток с хронической болезнью почек (ХБП) представляет собой важную медико-социальную проблему. Наличие ХБП является фактором риска неблагоприятных исходов беременности как для матери, так и для плода. Однако прогноз беременности у женщин с поздними стадиями ХБП малоизучен.

ЦЕЛЬ

проанализировать течение и исходы беременности у пациенток с ХБП 3а-4 ст.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ течения беременности у 30 женщин с продвинутыми стадиями ХБП, наблюдавшихся в центре помощи беременным с патологией почек ГКБ им. А. К. Ерамишанцева ДЗ г.Москвы в период с апреля 2018 г. по июль 2020 г. К настоящему моменту 28 беременностей завершились родами, 2 беременности продолжаются. С ХБП 3а ст. наблюдались 9 пациенток (30%), 3б – 9 (30%), с 4 ст. – 12 беременных (40%). Подходы к лечению включали проведение антигипертензивной и антианемической терапии, профилактики преэклампсии, мониторингирование про- и анти-ангиогенных факторов в динамике, назначение антикоагулянтов, лечение мочевой инфекции при необходимости.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациенток составил 33 года. Наиболее частой причиной ХБП являлись хронический гломерулонефрит (N=15; 50%) и хронический тубулоинтерстициальный нефрит (N=7; 23,3%), реже встречались диабетическая нефропатия (N=3; 10%), поликистоз почек (N=1; 3,3%), аномалия мочевыводящих путей (N=2; 6,7%) и первичный антифосфолипидный синдром (N=2; 6,7%). Динамика лабораторных данных оценивалась на момент первого осмотра нефрологом, в каждом триместре и через 3 месяца после родов. Значения протеинурии составляли в среднем 2,0 г/л на протяжении всей беременности у пациенток с ХБП 3а, у пациенток с ХБП 3б и 4 ст. протеинурия нарастала к 3 триместру, составив в среднем 0,7–1,6 г/л

и 1,4–2,5 г/л соответственно. Отмечено усугубление анемии у всех пациенток к 3 триместру: при ХБП 3а ст. значения гемоглобина крови снизились со 117 до 101 г/л, при ХБП 3б – от 121 до 89 г/л, при ХБП 4 – от 104 до 96 г/л несмотря на проводимое лечение. Цифры АД сохранялись стабильными без значимых различий между разными стадиями ХБП, снижаясь к 3 триместру: в 1 триместре в среднем АД составляло 148/89 мм.рт.ст., в 3 триместре – 120/75 мм.рт.ст. У пациенток с ХБП 3а на момент вступления в беременность креатинин составлял 136,5 мкмоль/л, за время беременности азотемия не нарастала, несколько снизившись сразу после родов 102,5±7 мкмоль/л и оставаясь стабильно сниженной через 3 месяца (125±11 мкмоль/л). У пациенток с ХБП 3б в течение всего периода гестации креатинин крови сохранялся стабильным (165,3±12,1 мкмоль/л), нарастая после родов (276±12 мкмоль/л), с последующей стабилизацией на исходном уровне (165,2±13,1 мкмоль/л). В группе ХБП 4 ст азотемия постепенно увеличивалась со 185,5 мкмоль/л на начальном сроке до 243±32 мкмоль/л в раннем послеродовом периоде, а затем снижалась, но не достигала исходных значений (через 3 мес – 230±17,1 мкмоль/л). Преэклампсия развилась у 8-и женщин (26,7%), преимущественно ранняя; средний срок гестации составил 32,3 недели, средний вес новорожденных – 2056,54 г. Все беременности завершились рождением живых жизнеспособных детей (32 ребенка, 4 двойни). В большинстве случаев родоразрешение осуществлялось оперативным путем (93,75% случаев).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Абсолютных противопоказаний к беременности у женщин с поздними стадиями ХБП нет. Благоприятный исход беременности возможен при постоянном наблюдении мультидисциплинарной командой врачей (акушер-гинеколог, нефролог, уролог) и своевременном лечении осложнений.



ЭКСПРЕССИЯ ПЛАЦЕНТА-СПЕЦИФИЧНЫХ микроРНК ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА

Забанова Е.А., Кузнецова Н.Б., Буштырева И.О., Бутенко Е.В., Шкурат Т.П., Покудина И.О.

ГБУ Ростовской области Перинатальный центр
г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Задержка роста плода (ЗРП) – это осложнение беременности, характеризующееся неспособностью плода достичь своего генетически запрограммированного потенциала роста. Значителен вклад ЗРП в структуру перинатальной смертности и заболеваемости; а также влияние на течение адаптационного периода в первые дни жизни и уровень здоровья человека в будущем. МикроРНК – это класс коротких некодирующих РНК, осуществляющих эпигенетическую регуляцию многих биологических процессов, в том числе, течения беременности. Уровень экспрессии ряда микроРНК может являться индикатором изменений плаценты во время беременности. Плацента-специфичные микроРНК, определяемые в плазме крови матери, могут рассматриваться в качестве потенциальных неинвазивных маркеров состояния здоровья матери и плода.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования было проведение сравнительного анализа профиля плацента-специфичных микроРНК у женщин с ЗРП и с неосложнённой беременностью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены беременные, наблюдающиеся в Государственном бюджетном учреждении Ростовской области «Перинатальный центр» в 2018–2019 годах. Включено 42 женщины в сроке гестации 30–34 недели (27 с ЗРП и 15 с неосложнённой беременностью), которым выполнен забор периферической венозной крови и определение экспрессии восьми микроРНК при помощи полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме «реального» времени (микроРНК-10b-5p, микроРНК-145-5p, микроРНК-122-5p, микроРНК-141-3p, микроРНК-125b-5p, микроРНК 205-5p, микроРНК-210-3p, микроРНК-517-5p). Оценку изменения уровня экспрессии микроРНК проводили с помощью ΔСТ метода. ΔСТ является показателем, обратно пропорциональным уровню экспрессии микроРНК.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием методов непараметрической статистики (U-критерий Манна-Уитни). Использовали общепринятые уровни достоверности: $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Статистически значимые различия по концентрации получены только по микроРНК-125b-5p ($p = 0,011$), экспрессия которой ниже при наличии ЗРП. Так, ΔСТ микроРНК-125b-5p у беременных с ЗРП составила 12,3 (8,9;13,9) (данные представлены в формате Me (Q1;Q3)), а у женщин с физиологическим течением беременности – 8,1 (6,6;9,1). Степень изменения уровня экспрессии микроРНК-125b-5p (fold change) составила 5,25. Полученные результаты свидетельствуют об изменении уровня экспрессии микроРНК-125b-5p у беременных с ЗРП по сравнению с женщинами, чья беременность протекает неосложненно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

МикроРНК могут играть важную, но на данный момент до конца не изученную роль в инициации осложнений гестации. Роль микроРНК-125b-5p в генезе ЗРП, по-видимому, связана с влиянием на сосудистый гомеостаз и нарушением процессов эндотелий-зависимой релаксации сосудов, в том числе в гемодинамической системе «мать-плацента-плод», что обуславливает развитие плацентарной недостаточности. Учитывая важность микроРНК как диагностических и прогностических маркеров, необходимы дальнейшие исследования, проясняющие конкретные механизмы влияния данных молекул на развитие осложнений беременности, что, несомненно, поможет раскрыть в более полной мере диагностический и терапевтический потенциал микроРНК.



ИЗМЕНЕНИЯ В ПАТТЕРНЕ ПЛАЦЕНТА-АССОЦИИРОВАННЫХ АНТИГЛИКАНОВЫХ АНТИТЕЛ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Зиганшина М.М.¹, Шилова Н.В.^{1,2}, Терентьева А.В.³, Хасбиуллина Н.Р.¹, Обухова П.С.^{1,2}, Нокель А.Ю.^{1,2}, Шмаков Р.Г.¹, Долгополова Е.Л.¹, Бовин Н.В.²

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

*2-ФГБУН Институт биоорганической химии им. академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова,
3-ФГАУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова»*

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Существует множество гипотез о причине возникновения преэклампсии. Одна из них – отсутствие или недостаток т.н. блокирующих или плацента-ассоциированных антител. Предполагается, что они связываются с аллогенными антигенами плаценты, и, блокируя их, обеспечивают иммунологическую толерантность к плоду и физиологическое течение беременности. Изменение в содержании плацента-ассоциированных антител, по-видимому, связано с патофизиологическими нарушениями и развитием преэклампсии. Ранее было показано, что плацента-ассоциированные антитела принадлежат классу G и их потенциальными мишенями могут служить гликаны, однако пока не известно, отличаются ли паттерны специфичности плацента-ассоциированных антигликановых антител (ПА-АГАТ) при нормальной беременности (НБ) и преэклампсии (ПЭ).

ЦЕЛЬ

Выделить ПА-АГАТ, охарактеризовать их специфичность, а также выявить встречаемость этих антител в периферической крови при НБ и ПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включали пациенток с НБ (n=15) и ПЭ (n=14) в III триместре. Материал исследования – ткань плаценты и соответствующая ей сыворотка крови включенной в исследование пациентки. Выделение антител из ткани проводили как описано в [Ignat'eva NV, et al. Bull Exp Biol Med. 2019, 167(1): 120–122]. Специфичность выделенных и сывороточных антител класса G исследовали с использованием гликочипа (ООО «Семиотик»), содержащего 400 гликанов, получая на выходе паттерн специфичности, в котором для каждого лиганда приведена информация об интегральном показателе активности связывания антител, отражающем аффинность и их количество. Плацента-ассоциированными считали АГАТ, имеющие высокую встречаемость в тканях плаценты и низ-

кую – в крови матери. Статистическая обработка данных проводилась с помощью STATISTICA 10.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Было установлено, что паттерны специфичности элюированных с плаценты антител в обеих группах значительно перекрываются, однако при ПЭ их разнообразие было гораздо меньше – 46 специфичностей в группе с НБ и только 18 в группе с ПЭ. Сопоставление полученных результатов по паттернам ПА-АГАТ с паттернами специфичности антител в крови обследуемых выявило 13 ПА-АГАТ в группе НБ и только 3 – в группе ПЭ. С помощью теста Вилкоксона-Манна-Уитни было показано, что для α Gal-терминированного В-дисахарида (фрагмент ксеноантигена), дисахарида Форссмана (антигенная детерминанта антигена группы крови FS), а также фукозилированного сульфосилилированного N-ацетиллактозамина и трисахарида LeA (антигенной детерминанте антигена группы крови Льюис) различия между группами были значимыми (p<0.005).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Показано, что при ПЭ наблюдается дефицит ПА-АГАТ, однако их происхождение (эти антитела отсутствуют в периферической крови при НБ), клеточные мишени и взаимосвязь с малыми группами крови (например, Льюис) пока неизвестны.

Работа поддержана грантом РФФИ № 19–015-00102А.



ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ФУКОЗИЛИРОВАННЫХ ГЛИКАНОВ В ПЛАЦЕНТЕ ПРИ УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Зиганшина М.М., Куликова Г.В., Долгополова Е.Л., Сеницына В.А., Шмаков Р.Г., Щеголев А.И.

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

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Известно, что патологические изменения плаценты являются определяющим фактором развития преэклампсии (ПЭ). Причем, наиболее выраженные изменения, затрагивающие сосудистую сеть фетоплацентарного комплекса, включающую спиральные артерии матки и разветвленную сеть фетальных капилляров ворсинчатого дерева, являются при ПЭ тяжелой степени. Патологию формирования сосудистой сети, и, соответственно, плаценты связывают с нарушенными межклеточными контактами при морфогенезе органа. Поскольку гликаны гликокаликса клетки являются основными участниками межклеточных коммуникаций, а также гликокаликс клетки значительно модифицируется вследствие повреждающих факторов, которые длительно воздействуют при умеренной и, особенно, тяжелой ПЭ, изучение углеводного фенотипа плаценты является актуальным. Особый интерес представляют фукозилированные гликаны, поскольку известно их участие в ангиогенезе.

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования явилась характеристика особенностей экспрессии фукозилированных гликанов в структурах плацентарного барьера при физиологической и осложненной ПЭ беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В одномоментное исследование были включены пациентки с нормальной беременностью (n=20), умеренной (n=5) и тяжелой ПЭ (n=10) в III триместре. Группы были сопоставимы по возрасту и сроку беременности. Ткань плаценты после кесарева сечения исследовалась методом лектиновой гистохимии на парафиновых срезах с помощью панели лектинов, специфически связывающих разные фукозилированные гликаны: лектин UEA-1 (связывает (α1,2)-фукогликаны с кором типа 2 (Fucα1,2Galβ1,4-GlcNAcβ-), включая дифукозилированный гликан LeY (Fucα1,2Galβ1,4(Fucα1,3)-GlcNAcβ-)); лектин LTL (связывает предпочтительно (α1,6)-фукогликаны (Fucα1,6GlcNAc-); лектин AAL (связывает (α1,6)-фу-

когликаны (Fucα1,6GlcNAc-) и (α1,3)-фукогликаны (Fucα1,3Galβ1,4GalNAcβ-)). Количественный анализ интенсивности гистохимических реакций выполняли с помощью светового микроскопа Nikon eclipse 80i и компьютерной программы анализа изображений NISElements Advanced Research. Достоверность межгрупповых различий устанавливали с использованием критерия Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено повышенное содержание (α1,2)-фукогликанов с кором типа 2, включая гликан LeY (окрашиваемых UEA-1) в синцитии и эндотелии терминальных ворсин плаценты при умеренной и тяжелой ПЭ (p<0,005).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Установлен измененный углеводный фенотип основных структур, которые входят в состав плацентарного барьера, что свидетельствует о развитии гликопатологии плаценты при ПЭ. Повышение экспрессии (α1,2)-фукогликанов с кором типа 2, включая гликан LeY может свидетельствовать о провоспалительных изменениях ворсин плаценты и компенсаторной активации ангиогенеза, поскольку экспрессия этих гликанов повышается в условиях воспаления и гипоксии.

Работа поддержана грантом РФФИ № 19-015-00102А.



СИСТЕМА ИНСУЛИНОПОДОБНЫХ ФАКТОРОВ РОСТА У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ С МАКРОСОМИЕЙ ПЛОДА?

Капустин Р.В., Бабаков В.Н., Алексеенкова Е.Н., Аржанова О.Н.

*Санкт-Петербургский государственный университет
г. Санкт-Петербург*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Система инсулиноподобного фактора роста (IGF) является важным регулятором развития плода. Сахарный диабет (СД) ассоциирован с высокой частотой развития фетальной макросомии. IGFs и их белки-переносчики (IGFBPs) могут играть значимую роль в этом процессе.

ЦЕЛЬ

Оценить содержание инсулиноподобных факторов роста (IGF-I, -II) и связывающих их IGFBPs в сыворотке крови у женщин с различными типами СД и без нарушений углеводного обмена в первом и третьем триместрах беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное когортное одноцентровое исследование. В исследование были включены пациентки с нарушениями углеводного обмена: СД 1 типа (I группа – без прегравидарной подготовки, HbA1c > 6.5% [n=20], II группа – с планированием беременности, HbA1c < 6.5% [n=20]); СД2 типа (III группа – диета [n=15], IV группа – инсулинотерапия [n=20]); гестационным СД (ГСД) (V группа – диета [n=20], VI группа – инсулинотерапия [n=20]) и контрольная группа – без нарушений углеводного обмена (n=15). Значения свободных IGF-I, II и общих IGFBPs-1, 3, 6, 7 были измерены с использованием панелей MILLIPLEX MAP (Millipore, USA). Оценка этих факторов осуществлялась при сроке 11–14 и 30–34 недели беременности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первом и третьем триместрах беременности сывороточные концентрации IGF-I (нг/мл) были значимо выше в группах пациенток с СД: I (1 трим. – 49,3; 3 трим. – 36,7); II (1 трим. – 31,1; 3 трим. – 43,4); III (1 трим. – 31,1; 3 трим. – 40); IV (1 трим. – 26,57; 3 трим. – 31,2); V (3 трим. – 22,6); VI (3 трим. – 27,1), – относительно группы контро-

ля (1 трим. – 21,3, 3 трим. – 18,0) (F=11,1, p=0,001). Особенности содержания IGF-II (нг/мл) имели похожую тенденцию: I (1 трим. – 181,8; 3 трим. – 152,1), II (1 трим. – 109,2; 3 трим. – 157,5); III (1 трим. – 139,8; 3 трим. – 119,6), IV (1 трим. – 98,67; 3 трим. – 99,2); V (3 трим. – 104,6); VI (3 трим. – 99,5), – по сравнению с контрольной группой (1 трим. – 82,4, 3 трим. – 90,5) (F=9,43, p=0,001). Максимальные значения этих биомаркеров наблюдались у женщин с более тяжелыми метаболическими нарушениями (пациентки с СД 1 типа без прегравидарной подготовки, СД на инсулинотерапии). Уровни IGFBP-1 (нг/мл) были значимо ниже у всех групп пациенток с СД (1 трим. – IQR 8,7–11,2; 3 трим. – IQR 4,2–7,2) по сравнению с женщинами без СД (1 трим. – 16,4; 3 трим. – 10,5). Различия в уровне общих IGFBP-3, 6, 7 между группами не выявлены. Также мы обнаружили прямую корреляционную связь между концентрациями IGF-I и массой плода ($r=0,69$, $p=0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В первом и третьем триместрах беременности все типы СД ассоциированы с высокими значениями IGF-I, -II и низкими IGFBP-1 в сыворотке крови у матери. Нарушения в уровнях циркулирующих инсулиноподобных факторов роста и их переносчиков могут обуславливать развитие макросомии плода.



ЭНДОГЛИН КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Капустин Р.В., Смирнов И.В., Коптеева Е.В., Цыбук Е.М., Алексеенкова Е.Н., Аржанова О.Н.

ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта»;

Санкт-Петербургский государственный университет;

Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова

г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сахарный диабет (СД) во время беременности ассоциирован с высоким риском развития преэклампсии (ПЭ). В настоящее время существует несколько факторов и биомаркеров, которые рассматриваются как предикторы развития этого осложнения беременности. Но ни один из них не имеет абсолютной предиктивной ценности. Таким образом, необходим поиск и валидация новых предикторов развития преэклампсии, особенно у женщин с СД, для которых характерны прегестационные артериальная гипертензия и протеинурия.

ЦЕЛЬ

Оценить сывороточное содержание и предиктивную ценность в отношении развития ПЭ растворимого эндоглина (sEng) у женщин с различными типами СД и без нарушений углеводного обмена в первом и третьем триместрах беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное, когортное, одноцентровое исследование. Сформированы группы сравнения: пациентки с СД 1 типа (I группа – без прегравидарной подготовки, HbA1c > 6.5% [n=20], II группа – с планированием беременности, HbA1c < 6.5% [n=20]); СД 2 типа (III группа – диета [n=15], IV группа – инсулинотерапия [n=20]); гестационный СД (ГСД) (V группа – диета [n=20], VI группа – инсулинотерапия [n=20]) и контрольная группа – без нарушений углеводного обмена (n=15). Анализ значений sEng выполнен с использованием разработанной панели моноклональных мышиных антител против человеческого эндоглина. Оценка этих факторов осуществлялась при сроке 11–14 и 30–34 недель беременности. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения SPSS V.23.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Уровень sEng (нг/мл) был максимальным у пациенток с СД 1 типа: без прегравидарной подготовки (1 трим. – 344; 3 трим. – 658,4), с планированием

беременности (1 трим. – 318; 3 трим. – 501,1), СД 2 типа на инсулинотерапии (1 трим. – 321; 3 трим. – 533,9), и с ГСД на инсулинотерапии (3 трим. – 599,39). Менее выраженное содержание данного протеина наблюдалось в группах СД 2 типа на диетотерапии (1 трим. – 293; 3 трим. – 406,1), и ГСД на диете (3 трим. – 456,2). Содержание sEng у всех групп женщин с СД в первом и третьем триместрах достоверно отличалось от показателей контрольной группы (1 трим. – 247,2; 3 трим. – 418,7) (F=13,4, p=0,0001). Применяв ROC-анализ, мы обнаружили, что значения sEng при сроке 10–14 недель имеют хорошую прогностическую ценность для предикции развития ПЭ у женщин с прегестационными типами СД (AUC=0,85, p=0,00001).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СД во время беременности ассоциирован с увеличением содержания эндоглина в сыворотке крови. Уровни растворимого эндоглина увеличиваются в процессе гестации и зависят от наличия прегравидарной подготовки и степени выраженности метаболических нарушений. Оценка концентраций sEng может быть полезным предиктором ПЭ у женщин с различными типами СД. Однако требуются дальнейшие исследования и больший объем данных, подтверждающих эти предположения.



СОДЕРЖАНИЕ МАРКЕРОВ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА И АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Капустин Р.В., Чепанов С.В., Коптеева Е.В., Аржанова О.Н.

*ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург.
Санкт-Петербургский государственный университет, кафедра акушерства,
гинекологии и репродуктологии, Санкт-Петербург
г. Санкт-Петербург*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сахарный диабет (СД) во время беременности ассоциирован с высокой частотой акушерских и перинатальных осложнений. Гипергликемия стимулирует образование конечных продуктов гликирования и активных форм кислорода, что приводит к нарастанию уровня оксидативного стресса (ОС). Несмотря на широкий спектр исследований, посвященных оценке содержания маркеров ОС во время беременности, аналогичных работ у беременных с СД недостаточно.

ЦЕЛЬ

Оценить содержание нитротирозина, 8-изопростаина и общей антиоксидантной активности (ОАА) в сыворотке крови у женщин с различными типами СД и без нарушений углеводного обмена в первом и третьем триместрах беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное когортное одноцентровое исследование. Группы сравнения: пациентки с СД 1 типа (I группа – без прегравидарной подготовки, $HbA1c > 6.5\%$ [n=20], II – с планированием беременности, $HbA1c = 20$); СД 2 типа (III – диета [n=15], IV – инсулинотерапия [n=20]); гестационный СД (ГСД) (V – диета [n=20], VI – инсулинотерапия [n=20]) и контрольная группа (без нарушений углеводного обмена [n=15]). Оценка сывороточных показателей нитротирозина, 8-изопростаина и ОАА производилась методом ELISA (Cayman Chemical). Оценка этих факторов осуществлялась при сроке 10–14 и 30–34 недель. Статистическая обработка данных проводилась с помощью SPSS V.23.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первом и третьем триместрах беременности сывороточные концентрации нитротирозина (мкг/мл) значимо выше в группах пациенток с СД1 (I [1 трим.–6,4; 3 трим.–37,1], II [1 трим.–13,9; 3 трим.–17,4]) и с СД2 на инсулинотерапии (IV [1 трим.–

11,5]) по сравнению с контрольной группой (1 трим.–8,06; 3 трим.–6,9) ($F=8,34$, $F_3=7,22$, $p=0,001$). Уровень 8-изопростаина (мкг/мл) также выше в группах у женщин с прегестационными типами СД (I [1 трим.–641,5; 3 трим.–473,8], II [1 трим.–408; 3 трим.–263]; III [1 трим.–358,2; 3 трим.–309,1], IV [1 трим.–492,3; 3 трим.–213,4]) относительно группы контроля (1 трим.–141,4, 3 трим.–91,5) ($F=5,43$, $p=0,01$). У пациенток с ГСД на инсулинотерапии (VI) концентрации изучаемых маркеров ниже (12,1; 380,4), чем у групп с прегестационным СД, но выше, чем в группе контроля. Значения ОАА (мкг/мл) были минимальными у пациенток с СД 1 типа без прегравидарной подготовки (1 трим.–0,83; 3 трим.–0,92) и с СД 2 типа на инсулинотерапии (1 трим.–0,9; 3 трим.–0,93) по сравнению с контрольной группой (1 трим.–1,19; 3 трим.–1,23) ($F=2,79$, $p=0,029$). Обнаружены прямая и обратная корреляционные связи между значениями 8-изопростаина, ОАА и уровнем гликированного гемоглобина в первом триместре беременности ($r=0,39$, $p=0,02$; $r=-0,49$, $p=0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СД во время беременности связан с активацией процессов ОС. Уровни нитротирозина и 8-изопростаина увеличиваются с нарастанием срока беременности и имеют прямую связь с гликемическим профилем. Показатели ОАА прогрессивно снижаются, особенно при тяжелых формах СД. Это может объяснять высокий процент акушерской и перинатальной патологии у женщин с прегестационными типами СД и недостаточным контролем углеводного обмена.



НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН НА ПРЕГРАВИДАРНОМ ЭТАПЕ С УЧЕТОМ ОТСУТСТВИЯ ИЛИ НАЛИЧИЯ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В АНАМНЕЗЕ

Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г.

ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет»

г. Петрозаводск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Состояние материнского здоровья на этапе пре-концепции может влиять на акушерские и перинатальные исходы. Представляется важным иметь информацию о соматической и гинекологической патологии до планирования первых родов с целью коррекции выявленных нарушений.

ЦЕЛЬ

Цель исследования – изучить частоту соматических и гинекологических заболеваний у первородящих на прегравидарном этапе с учетом отсутствия или наличия ранних репродуктивных потерь в анамнезе (аборт, выкидыш, внематочная беременность).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 186 первородящих без ранних репродуктивных потерь (1 группа) и 71 – с указанными потерями (2 группа). Среднее число ранних репродуктивных потерь во 2 группе составило $1,39 \pm 0,66$ (95% ДИ 1,24–1,55). Исследование проводилось на базе родильного дома им. К.А. Гуткина (Петрозаводск). Анализ результатов осуществлялся в программе STATISTICA 10.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин в 1 группе составил $25,83 \pm 4,55$ лет (95% ДИ 25,17–26,49; min. 19, max. 41), во 2 группе – $28,21 \pm 4,44$ лет (95% ДИ 27,16–29,26; min. 20, max. 40) ($p = 0,0002$). У 26 (13,98%) пациенток из 1 группы и 14 (19,72%) из 2 группы были ангины и хронический тонзиллит ($p = 0,2564$). Отмечены сердечно-сосудистые заболевания (14–7,53% и 5–7,04%; $p = 0,8932$); вегетососудистая дистония (41–22,04% и 10–14,08%; $p = 0,1525$). Артериальная гипертензия была у 2 (1,08%) и 5 (7,04%) женщин ($p = 0,0087$). Патология органов дыхательной системы отмечалась у 15 (8,06%) и 4 (5,63%) обследованных женщин ($p = 0,5055$). Заболевания желудочно-кишечного тракта диагностированы у 57 (30,64%) и 23 (32,39%) ($p = 0,7864$); печени и желчевыводящих путей – у 13 (6,99%) и 6 (8,45%) ($p = 0,6892$); мочевыделительной системы –

у 30 (16,13%) и 20 (28,17%) пациенток ($p = 0,0292$). В структуре эндокринной патологии преобладала патология щитовидной железы – 19 (10,21%) и 14 (19,72%) ($p = 0,0416$). Избыточная масса тела (индекс массы тела 25–29,9 кг/м²) была у 29 (15,59%) и 19 (26,76%) ($p = 0,0399$); ожирение различной степени (индекс массы тела >29,9 кг/м²) – у 6 (3,23%) и 2 (2,82%) ($p = 0,8657$). Генитальные инфекции перенесли 32 (20,97%) и 15 (21,13%) женщин ($p = 0,9775$); воспалительные заболевания органов малого таза – 15 (8,06%) и 12 (16,90%) женщин ($p = 0,0387$). Киста яичника диагностировалась у 7 (3,76%) и 3 (4,22%) ($p = 0,8645$); синдром поликистозных яичников – у 4 (2,15%) и 1 (1,41%) обследованных ($p = 0,7009$). Миома матки отмечалась у 7 (3,76%) и 3 (4,23%), эндометриоз – у 5 (2,69%) и 4 (5,63%) женщин ($p = 0,2516$). Нарушения менструального цикла были у 12 (6,45%) и 5 (7,04%) пациенток ($p = 0,8649$). Частота альгоменореи составила соответственно 23 (12,37%) и 16 (22,53%) ($p = 0,0424$). Бесплодие отмечалось у 12 (6,45%) и 11 (15,49%) женщин ($p = 0,0232$). Внематочная беременность была у двух пациенток 2 группы (2,82%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В изученных группах отмечены статистически значимые различия в возрасте первородящих, частоте соматической и гинекологической патологии (заболевания органов мочевой системы; артериальная гипертензия; патология щитовидной железы; избыточная масса тела; воспалительные заболевания органов малого таза; альгоменорея; бесплодие; внематочная беременность). Данные заболевания могут быть факторами риска, осложняющими течение беременности при ее наступлении. Необходим мультидисциплинарный персонифицированный подход к обследованию и прегравидарной подготовке женщин с репродуктивными потерями в анамнезе перед первыми родами.



МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ЖЕНЩИН С ПОВТОРНЫМИ РОДАМИ

Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г.

ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет»

г. Петрозаводск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Коэффициент рождаемости в России продолжает уменьшаться, что вызывает опасения в плане демографической безопасности. Государство осуществляет стимулирование семей к рождению второго ребенка. Однако согласно исследованиям, растет частота отсроченного материнства, при этом различная заболеваемость у женщин репродуктивного возраста не имеет тенденции к снижению. Нам представилось целесообразным изучить социальные аспекты и состояние здоровья у женщин со вторыми родами.

ЦЕЛЬ

Цель исследования – изучить социальный статус, состояние репродуктивного и соматического здоровья у женщин, которым предстояли вторые роды.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ историй родов 269 женщин, у которых были повторные роды в родильном доме им. К.А. Гуткина (Петрозаводск). Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы STATISTICA 10.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст женщин при вторых родах составил $30,69 \pm 3,92$ (95% ДИ 30,22–31,16; min.23, max.43). Первые роды у данных пациенток были в возрасте $23,98 \pm 3,81$ (95% ДИ 23,58–24,43; min.18, max.37). Интергенетический интервал находился в пределах $6,71 \pm 3,82$ (95% ДИ 6,25–7,17; min.1, max.21). Большинство обследованных были жительницами города (242–89,96%). В зарегистрированном браке состояло 199 (73,98%), в незарегистрированном – 68 (23,05%), вне брака – 8 (2,97%) женщин. Среднее образование имели 39 (14,50%), среднее специальное – 85 (31,60%), высшее – 145 (53,90%) пациенток. Во время беременности работали 221 (82,15%), получали образование 4 (1,49%), были безработными 17 (6,32%), домохозяйками 27 (10,04%) женщин. Курили во время беременности 30 обследованных (11,15%). Возраст менархе составил $13,56 \pm 1,28$ лет (95% ДИ 13,41–13,72; min.10, max.17), сексархе – $17,66 \pm 2,02$ (95% ДИ 17,42–17,91; min. 14, max. 26).

Ранние репродуктивные потери в анамнезе отмечены у 137 женщин (50,93%), в том числе, аборты у 93 (67,88%), выкидыши – у 54 (39,42%), внематочная беременность – у 8 (5,84%). Масса тела пациенток при взятии на учет была $64,83 \pm 11,42$ кг (95% ДИ 63,46–66,20; min. 46, max. 118). Нормальный индекс массы тела установлен у 187 (69,52%), избыточная масса тела – у 58 (21,56%), ожирение различной степени – у 7,43%, дефицит веса – у 4 (1,49%). Пациентки перенесли ряд гинекологических заболеваний: патология шейки матки (131–48,70%), генитальные инфекции (43–15,99%), воспалительные заболевания органов малого таза (24–8,92%), миома матки (19–7,06%), киста яичника (14–5,20%), бесплодие (14–5,20%), синдром поликистозных яичников (8–2,97%). В структуре соматической патологии отмечены заболевания желудочно-кишечного тракта (70–26,02%), мочевыделительной системы (46–17,10%), щитовидной железы (45–16,73%), периферической нервной системы (34–12,64%), варикозная болезнь (31–11,52%), артериальная гипертензия (12–4,46%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При анализе медико-социального портрета женщин со вторыми родами мы обратили внимание на возраст, удлинение интергенетического интервала, процент незарегистрированных браков, случаи безработицы во время беременности, ранние репродуктивные потери в анамнезе, отклонения от нормального индекса массы тела, высокую частоту гинекологических и соматических заболеваний. Целесообразно сделать акцент на активное ведение женщин в интервале между родами, направленное на модификацию образа жизни, оценку факторов риска и их минимизацию, обеспечение эффективной контрацепции до планирования желанной беременности.



ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ ПАРИТЕТА

Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г.

ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет»

г. Петрозаводск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пик инфекций мочевых путей приходится на репродуктивный возраст женщин, что может приводить к развитию заболеваний и осложнений во время беременности. Нам представилось важным изучить данную проблему с учетом анамнеза и паритета.

ЦЕЛЬ

Цель исследования – изучить анамнез, изменения в анализах мочи, частоту и структуру бактериурии у первородящих женщин с различным паритетом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучена медицинская документация у 257 первородящих женщин, в том числе, у 186 (1 группа) без ранних репродуктивных потерь и у 71 (2 группа) – с потерями (аборт, выкидыш, внематочная беременность). Исследование проводилось на базе родильного дома им. К.А. Гуткина (Петрозаводск). Анализ осуществлялся в программе STATISTICA 10.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В анамнезе до наступления данной беременности у 30 (16,13%) и 20 (28,17%) пациенток двух групп ($p=0,0292$) были заболевания мочевыделительной системы. Во время беременности частота выявления патологии мочевыделительной системы в первой половине составила в 1 группе 27 (14,52%) и во 2 – 12 (16,90%) ($p=0,6344$); во второй половине беременности аналогичный показатель был 58 (31,18%) и 20 (28,17%) ($p=0,6389$). Если сравнить частоту выявления патологии в динамике (начало-конец беременности), то в 1 группе данный параметр составил 27 (14,52%) и 58 (31,18%) ($p=0,0024$), во 2 группе – 12 (16,90%) и 20 (28,17%) ($p=0,0435$).

Изучение анализов мочи в динамике позволило выявить частоту и структуру патологических изменений. Протеинурия была у 30 женщин из 1 группы (16,13%) и 16 (22,53%) – из 2 группы ($p=0,2453$); глюкозурия – у 5 (2,69%) и 4 (5,63%) ($p=0,2516$); лейкоцитурия – у 17 (9,14%) и 4 (5,63%)

($p=0,3583$). Бактериурия при микроскопическом исследовании была диагностирована у 25 женщин из 1 группы (13,44%) и 12 – из 2 группы (16,90%) ($p=0,4799$).

Результаты посева мочи на флору представлены в изученной документации у 153 женщин из 1 группы и 66 – из 2 группы. Бактериурия выявлена у 82 (53,59%) и 32 (48,48%) соответственно этим группам ($p=0,4873$). В 1 группе у 41 женщины была выделена *E. coli* в виде монокультуры (50,00%); в сочетании с другими микроорганизмами еще у 8 (9,76%). Во 2 группе *E. coli* выявлена у 10 пациенток (31,25%); в сочетании – у 3 (9,37%). На втором месте по частоте диагностики был *Enterococcus faecium*: в 1 группе изолированно у 17 (20,73%), в комбинации – 7 (8,54%); во 2 группе возбудитель выявлялся только изолированно (8–25,00%). Достоверных различий в частоте выявления указанных микроорганизмов мы не установили (при всех сравнениях $p>0,05$). Остальные возбудители встречались в единичных случаях и разных сочетаниях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Частота инфекций мочевых путей во время беременности с учетом срока и паритета в двух группах не имела различий. Установлены статистически значимые различия в частоте патологии со стороны мочевыделительной системы в каждой группе по мере увеличения срока гестации. На протяжении беременности в анализах мочи были отклонения от нормальных показателей (протеинурия, глюкозурия, лейкоцитурия, бактериурия) без достоверных различий. При анализе результатов посева мочи выявлена высокая частота бессимптомной бактериурии (53,59%-48,48%). Основным возбудителем являлась *E. coli* с общей частотой высева 59,76%-40,62% в двух группах ($p=0,0652$). *Enterococcus faecium* присутствовал в моче соответственно в 29,27%-25,00% всех высевов ($p=0,6485$). Таким образом, частота бактериурии во время беременности, вид микроорганизмов, выделенных из мочи, не зависели от паритета.



ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Киценко Е.А.¹, Габриелян А.Р.², Апресян С.В.², Манукьян Г.В.¹, Шмаков Р.Г.³, Фандеев Е.Е.¹, Жигалова С.Б.¹, Мусин Р.А.¹, Полушкина Е.С.³, Крыжановская Е.Ю.¹, Алажажи М.², Щукина А.А.¹

*1-ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского»,
2-ГКБ им. А. К. Ерамишанцева, г. Москва,
3-ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России
г. Москва*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Беременность у пациенток с внепеченочной портальной гипертензией является уникальной проблемой, требующей специализированного подхода для предотвращения потенциально опасных для жизни осложнений, таких как кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка и рецидивирующих тромбозов различной локализации. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа беременных женщин с внепеченочной портальной гипертензией. При этом имеющиеся в литературе публикации, описывают, как правило, единичные клинические наблюдения, посвященные данной проблеме.

ЦЕЛЬ

Разработка лечебной и диагностической тактики ведения беременных с внепеченочной портальной гипертензией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние 10 лет нами наблюдалось 68 беременных с внепеченочной портальной гипертензией, причем у 14 из них имели место хронические миелолипролиферативные заболевания. У 32 пациенток кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка не было, у остальных же (36-ти пациенток) в анамнезе имелись эпизоды пищеводно-желудочных кровотечений в связи с чем им проводилось эндоскопические или хирургические вмешательства. В качестве основных методов обследования были использованы: лабораторное исследование крови, включая генетические анализы на различные тромбофилии, ультразвуковые исследования с доплерометрией и эластометрией печени и селезенки, эндоскопические. По показаниям выполнялось МРТ и КТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 68 беременных женщин роды произошли у 64-х. При этом обращает на себя внимание высокая частота преждевременных родов (24). Самопроизвольный выкидыш произошел у 2-х женщин. У 2-х

наблюдаемых произведено прерывание беременности по медицинским показаниям. 34-ем пациенткам по акушерским показаниям было выполнено кесарево сечение, остальные (30 пациенток) родили самостоятельно. У 17-ти женщин имело место кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка: в 1-ом триместре у 6-х, во 2-ом триместре у 3-х, в 3-м триместре у 2-х, и у 6-ти пациенток после родов. Для остановки кровотечения чаще применялись эндоскопические вмешательства: склеротерапия у 3-х и лигирование у 10-х. При их неэффективности – хирургическое лечение, что было выполнено у 7-ми пациенток. Из других осложнений отмечалась преэклампсия разной степени тяжести (12 пациенток), плацентарная недостаточность и задержка внутриутробного развития плода (16 пациенток). В послеродовом периоде наблюдались следующие осложнения: маточные кровотечения, кровотечения из ВРВ, тромбоэмболические осложнения. Антенатальная гибель плода произошла в 3 случаях. Материнской смертности не было. Был разработан алгоритм обследования женщин с внепеченочной портальной гипертензией в предгестационном периоде и ведение беременности в каждом триместре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Беременность у женщин с внепеченочной портальной гипертензией несет определенный риск прерывания беременности, выкидышей, преждевременных родов и кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка. Ведение беременных с внепеченочной ПГ необходимо проводить с учетом данных по тромбофилиям, учитывая их большую предрасположенность к тромбозам. Оптимальное ведение беременности у женщин с ВПГ основано на мультидисциплинарном подходе под наблюдением акушер-гинекологов, портальных хирургов, гематологов. Способ родоразрешения зависит от акушерской ситуации и данных ЭГДС.



ПРЕЭКЛАМПСИЯ: РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Кодряну Н.П., Иванова Е.Г., Гуцу М.В.

*Государственный Университет Медицины и Фармацевтики им. Н. Тестемицану
г. Кишинев*

АКТУАЛЬНОСТЬ

ПЭ – грозное осложнение беременности, патогенез которого до конца не выяснен, а поиск прогностических маркеров и стратегии профилактики остается невыполненной задачей. Задержка в диагностике и лечении ПЭ ведёт к росту материнской смертности (14%, 70 000 женщин/год). Риск рецидива после единичного случая ПЭ оценивается в 16%, при ПЭ в двух последовательных беременностях – 32%, при манифестации ПЭ до 30-й недели беременности – 50%. Признано, что ПЭ повышает риск развития ССО в перименопаузальном возрасте, поскольку вызывает длительные метаболические и сосудистые нарушения и имеет общие с ССЗ факторы риска (ожирение, диабет и др). ССЗ – причина смерти 50% женщин в мире, а у женщин с тяжелой ПЭ в анамнезе статистически выше шансы развития ССЗ: АГ (OR 2,12; 1,74–2,53), ИБС (OR 2,11; 1,76–2,52), инсульта (OR 1,61; 1,35–1,93), тромбоэмболии (OR 2,18; 1,70–2,80) и сахарного диабета II (OR 4,09; 3,52–4,76).

ЦЕЛЬ

Определение взаимосвязи ПЭ с ранними и поздними ССО.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Реализовано ретроспективное исследование за 2010–2012 гг. в отделениях Акушерства ГБ №1 и Кардиологии ГБ №3 г. Кишинев. На основании разработанных анкет ГИ №1 включила 98 беременных с ПЭ, ГИ №2 – 52 пациентки с ИБС для анализа акушерского анамнеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ГИ №1. ПЭ стала причиной преждевременных родов в 56,1%. У 55,8% женщин, родивших в срок, развилась тяжелая ПЭ. Отягощенный акушерский анамнез – 50%. Частота проявлений, важных для ранней диагностики ПЭ: 91,8% – высокое АД, 79,8% – затылочная головная боль, 43,9% – умеренная отечность, 24,5% – генерализованный отек, 30,6% – эпигастральная боль/боль в правом подреберье, 26,5% – олигурия, 16,3% – нарушения зрения, 15,3% – головокружение, 14,3% – дыхательная недостаточность, 13,3% – патологический прирост веса; тромбоцитопения (67,8%), повы-

шение трансаминаз (39,8%), изменение гемостаза (34,7%). В 72,4% диагностирована тяжелая ПЭ: 66,3% – гипертоническая ангиопатия, 37,8% – острая гипоксия плода, 21,4% – HELLP синдром, 11,2% – ПОНРП, 10,2% – судороги, 7,1% – ДВС синдром. Материнская смертность составила 4,1%. Родоразрешение реализовано за 24 часа в 32,6%, 24–48 часов – 40,8%, 48 часов – 1 неделя – 18,4%, >1 недели – 8,2%. Кесарево сечение – 83%, индуцированные роды – 6,1%. Осложнения со стороны плода: ЗУВР – 75,5%, олигоамниоз – 27,6%, острая гипоксия плода – 37,8% и перинатальная гибель плода – 4,1%.

ГИ №2. Длительность ССЗ 10–12 лет – 32,68%, 5–8 лет – 63,45%. Средний возраст 45–50 лет (78,8%). Акушерский анамнез: повторнорожавшие 78,85%, аборт 44,24%. Осложненная беременность 80,76%: ПЭ – 40,38%, АГБ – 13,46%, ПЭ+гестационный диабет – 5,76%, АГБ+ГД – 7,69%, ГД – 3,84%, ПЭ+диабет II – 1,92%, хроническая АГ+ПЭ – 7,69%. Преждевременные роды – 28,84%, ЗУВР – 19,23%, внутриутробная гибель плода – 17,3%, спонтанный аборт – 13,59%, гигантский плод – 1,92%. Неосложненная беременность – 19,23%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ПЭ стала причиной тяжелых акушерских осложнений, патологических родов, завершившихся в 89,3% кесаревым сечением и искусственными родами, из которых 56,3% были преждевременными, перинатальной и материнской смертности в 4,1%. Выявлена высокая корреляция между ПЭ в анамнезе и риском развития ИБС в перименопаузальном возрасте ($p < 0,001$). С научной точки зрения важно выяснить, увеличивает ПЭ риск развития ССЗ или служит маркером для женщин из группы риска. С практической же стороны важно, чтобы для женщин с ПЭ в анамнезе был разработан специальный медицинский менеджмент.



РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА MMP9 В ПАТОГЕНЕЗЕ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Кононенко И.С.

*Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет
г. Витебск, Республика Беларусь*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Учитывая высокую распространенность недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) среди женщин репродуктивного возраста (от 53% до 68,8%), представляется актуальным определение роли генетически детерминированного аномального метаболизма соединительной ткани на фоне указанного синдрома в генезе истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), в частности – изучение влияния генетического полиморфизма гена матриксной металлопротеиназы 9 (MMP9), кодирующего соответствующий фермент, субстратом для которого являются коллагены I, III и IV типов, на 80–85% составляющие шейку матки, на формирование ИЦН у данной когорты женщин.

ЦЕЛЬ

Изучить роль полиморфизма A-8202G (rs11697325) гена матриксной металлопротеиназы 9 (MMP9) в патогенезе ИЦН у пациенток с НДСТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании типа «случай-контроль» обследована 71 пациентка с одноплодной маточной беременностью в сроке 22–24 недели. Основная группа – 36 пациенток с ИЦН и НДСТ, группа контроля – 35 здоровых беременных без ИЦН. Методом аллель-специфичной полимеразной цепной реакции (АС-ПЦР) выполнено молекулярно-генетическое типирование обследуемых пациенток по полиморфному локусу гена MMP9. Содержание MMP9 в сыворотке крови обследованных пациенток определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА). Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 10.0 (разработчик – StatSoft.Inc). При всех видах статистического анализа различия считались значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У беременных основной группы среднее значение концентрации MMP9 в сыворотке крови в 1,4 раза

превысило значение данного показателя в группе контроля ($1,43 \pm 0,34$ нг/мл против $1 \pm 0,35$ нг/мл, $p=0,000002$), что свидетельствует об усиленном коллагенолизе у пациенток с ИЦН на фоне НДСТ. Также у данной группы беременных была установлена обратная умеренная статистически значимая корреляция между длиной шейки матки и уровнем MMP9 в сыворотке крови ($r = -0,49$, $p=0,0025$).

В основной группе статистически значимо чаще в сравнении с пациентками контрольной группы регистрировались генотипы G/G и A/G полиморфизма A-8202G, (rs11697325) гена MMP9 (OR=4,00; 95% ДИ 1,23–12,98; $p=0,02$; и OR=1,84; 95% ДИ 1,01–3,39; $p=0,04$ соответственно), что позволяет рассматривать указанные генотипы в качестве маркеров высокой вероятности развития ИЦН у беременных с НДСТ.

В ходе проведенного исследования зависимости концентрации MMP9 в сыворотке крови обследованных женщин от генотипа по полиморфизму A-8202G гена MMP9 было установлено, что у пациенток с наличием «мутантного» аллеля -8202G (генотипы G/G и A/G), содержание MMP9 было статистически значимо выше, чем у носительниц генотипа A/A, и составило $1,31 \pm 0,43$ нг/мл против $1,08 \pm 0,31$ нг/мл. ($p=0,021$). Причем наиболее высокий уровень MMP9 был выявлен у беременных с генотипом G/G ($1,68 \pm 0,23$ нг/мл).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты можно трактовать, как возможные патогенетические звенья формирования ИЦН у пациенток с НДСТ:

наличие «мутантного» генотипа (A/G, G/G) полиморфизма rs11697325 гена MMP9 → усиление продукции MMP9 → активация коллагенолиза соединительнотканых структур шейки матки → укорочение и размягчение шейки матки → формирование ИЦН.



ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ АДИПОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Коптеева Е.В., Капустин Р.В., Чепанов С.В., Аржанова О.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет, кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии, Санкт-Петербург. ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург.

г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Адипокины – секретируемые жировой тканью факторы регуляции энергетического обмена – играют значимую роль в развитии перинатальных осложнений, среди которых ведущими являются гестационный сахарный диабет (ГСД), преэклампсия и макросомия плода. Несмотря на широкий спектр исследований, посвященных оценке содержания адипокинов во время беременности, аналогичных работ у беременных с сахарным диабетом (СД) недостаточно.

ЦЕЛЬ

Оценить содержание лептина, резистина, адипонектина в сыворотке крови у женщин с различными типами СД и без нарушений углеводного обмена в первом и третьем триместрах беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное когортное одноцентровое исследование. Группы сравнения: пациентки с СД 1 типа (I группа – без прегравидарной подготовки, HbA1c > 6.5% (n=20), II группа – с планированием беременности, HbA1c < 6.5% (n=20)); СД 2 типа (III группа – диета (n=15), IV группа – инсулинотерапия (n=20)); ГСД (V группа – диета (n=20), VI группа – инсулинотерапия (n=20)); группа контроля (n=15). Оценка уровня адипонектина и резистина производилась методом ELISA (Mediagnost), лептина – с помощью технологии Luminex xMAP. Оценка этих факторов осуществлялась в 10–14 и 30–34 недель беременности. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения SPSS V.23.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что уровни лептина (мкг/мл) в 1 триместре были максимальными у женщин с СД 2 типа (на инсулине – 21298,88; на диете – 16877,68; $p < 0,05$). При этом, отмечалось прогрессивное нарастание уровней данного адипокина со сроком гестации. В 3 триместре содержание лептина у женщин со всеми типами СД было достоверно выше, чем в группе контроля (19547,24; $p < 0,05$). Со-

держание резистина в 1 триместре было повышено у женщин с СД по сравнению с пациентками контрольной группы ($p < 0,05$). В третьем триместре уровень резистина (нг/мл) был максимальным в группе женщин с СД 1 типа без прегравидарной подготовки (12,53). Эти показатели были выше, чем в группе СД 2 типа на инсулине (9,07; $p = 0,02$) и ГСД на диете (8,60; $p = 0,001$). Не найдено значимых отличий по содержанию данного адипокина в зависимости от срока гестации. Наименьшие концентрации адипонектина (мкг/мл) в 1 триместре, значимо отличающиеся от уровней в остальных группах, зарегистрированы у беременных с СД 2 типа на инсулине (5,76). Аналогичная тенденция наблюдалась в третьем триместре: уровни адипонектина были значимо ниже по сравнению с группой контроля (11,29; $p < 0,05$). Наблюдалась линейная тенденция снижения концентрации адипонектина со сроком гестации у всех пациентов исследуемых групп.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявлено повышение уровней лептина и резистина, и снижение содержания адипонектина в сыворотке крови у беременных с различными типами СД. Наиболее выраженные изменения наблюдались у пациентов с СД 2 типа на инсулинотерапии и СД 1 типа без прегравидарной подготовки, что может отражать не только степень выраженности метаболических нарушений у этих женщин, но и являться триггером развития перинатальных осложнений.



ОЦЕНКА ЭКСПРЕССИИ CD69 ЛИМФОЦИТАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ДЛЯ ПРОГНОЗА ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ

Кречетова Л.В., Вторушина В.В., Инвиева Е.В., Тетруашвили Н.К.

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

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Важным этапом в исследовании механизмов нарушения функций иммунной системы, приводящих к формированию различных патологий, в том числе и симптомокомплекса невынашивания беременности является оценка способности иммунокомпетентных клеток отвечать на активационный стимул *in vitro*. В качестве раннего маркера активации клеток может использоваться экспрессия мембранного гликопротеина CD69.

ЦЕЛЬ

Фенотипическая характеристика Т- и NK-лимфоцитов периферической крови, экспрессирующих ранний маркер активации CD69, и оценка значимости экспрессии CD69 для прогноза беременности у женщин с привычным выкидышем (ПВ) до и после проведения иммуноцитотерапии (ИЦТ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Группу исследования составили 36 пациенток с ПВ, которые забеременели после предгестационной аллоиммунизации, у 30 пациенток беременность пролонгирована до доношенного срока и завершилась рождением жизнеспособного ребенка, у 6 – прервалась до 12 недель гестации. В контрольной группе обследовано 15 фертильных женщин вне беременности и 11 женщин в 12 недель физиологической беременности. ИЦТ как монотерапию проводили в дозе 50 млн клеток, внутривенно, дважды с интервалом в один месяц на 5–10 день менструального цикла. Во время беременности ИЦТ проводили на сроке 5 и 8–9 недель.

Экспрессию CD69 оценивали после стимуляции цельной крови фитогемагглютинином в концентрации 10 мкг/мл в течение 2 часов при температуре 37°. Для оценки поверхностного фенотипа стимулированных лимфоцитов использовали моноклональные антитела для определения фенотипов CD3/CD4/CD69, CD3/CD8/CD69, CD45/CD56/CD69 («FastImmune», Becton Dickinson, США). Анализ проводили на проточном цитофлуориметре Gallios (Beckman Coulter, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценка экспрессии CD69 у женщин с пролонгированной беременностью выявила отсутствие значимых различий с контрольной группой по содержанию и доле активированных лимфоцитов (CD69+). У женщин с прервавшейся беременностью после предгестационной ИЦТ обнаружено увеличение количества практически всех анализируемых субпопуляций лимфоцитов, отвечающих на активационный стимул, с яркой тенденцией к увеличению доли активированных Т-, но не NK-лимфоцитов. В 5–6 недель доля активированных лимфоцитов среди субпопуляции цитотоксических Т-лимфоцитов (CD3+CD8+ / CD3+CD8+CD69+) у этих женщин была значительно выше, чем у женщин с пролонгированной беременностью, что подтверждает ведущую роль в реакциях отторжения плода эффекторных цитотоксических Т-лимфоцитов. При оценке доли активированных лимфоцитов (CD69+) среди стимулированных субпопуляций CD45+CD56+, CD3+CD8+, CD3+CD4+ у пациенток с ПВ в 12 недель беременности, и у женщин с физиологическим течением беременности не обнаружено значимых различий между группами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенные исследования показали перспективность оценки экспрессии раннего активационного маркера CD69 как дополнительного лабораторного критерия для персонифицированного назначения иммуноцитотерапии женщинам с привычным выкидышем.



ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА-18 У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Кузнецова Н.Б., Дмитриева М.П., Дыбова В.С.

ГБУ РО «Перинатальный центр»

г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сохраняющаяся на высоком уровне частота осложнений беременности, в генезе которых значительная роль принадлежит воспалительному компоненту, диктует необходимость поиска новых технологий в предикции данных состояний. К одному из наиболее грозных осложнений беременности относится преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) при недоношенной беременности. В норме при беременности соблюдается оптимальное равновесие про- и противовоспалительных цитокинов в фетоплацентарном комплексе. Иммунологические нарушения, возникающие при ПРПО, могут быть обусловлены особенностями генотипа, в том числе и по генам цитокинов, которые кодируют молекулы эндогенных медиаторов межклеточных взаимодействий. Интерлейкин-18 (ИЛ-18) является одним из основных иммунорегулирующих цитокинов, участвующих в противовоспалительной защите организма. ИЛ-18 участвует в формировании клеточного и гуморального, врожденного и приобретенного иммунного ответов.

ЦЕЛЬ

изучить влияние полиморфных вариантов -137G>C (rs187238), -607G>C (rs1946518), -656A>C (rs5744228) промотора гена IL18 в развитии ПРПО в сроке гестации 22–27,6 недель.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 45 беременных женщин, которые находились на обследовании и лечении в ГБУ РО «Перинатальный центр». Все женщины были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошла 31 пациентка с ПРПО в сроки 22–27,6 недель, 2-ю (контрольную) группу составили 14 женщин с клинически нормально протекающей беременностью в аналогичные сроки. Всем беременным было проведено генотипирование полиморфных локусов гена интерлейкина-18: IL18–137G>C, -607G>C, -656A>C, а также определение концентрации ИЛ-18 в периферической крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Беременные обеих клинических групп были сопоставимы по акушерскому анамнезу и возрасту. В результате исследования установлено, что у беременных с ПРПО (1-я группа) отмечалось статистически значимое повышение уровня ИЛ-18 в сыворотке крови по сравнению с уровнем данного цитокина у беременных 2-й группы ($271 \pm 63,1$ против $116 \pm 10,6$, $p=0,0001$). Нами был проведен анализ распределения частот аллелей и генотипов по SNP гена интерлейкина 18: -137G>C (rs187238), -607G>C (rs1946518), -656A>C (rs5744228) у женщин 1ой и 2ой группы. Распределение частот генотипов для полиморфных локусов -137G>C (rs187238) и -656A>C (rs5744228) гена IL18 в обеих исследуемых группах женщин соответствовало равновесию Харди-Вайнберга. Для частот генотипов по SNP -607G>C (rs1946518) равновесие Харди-Вайнберга не соблюдается. Характер распределения частот аллелей полиморфного локуса -137G>C гена IL18 одинаков в двух группах женщин, включенных в исследование. Так, в 1-й группе женщин частота встречаемости аллели -656C гена IL18 составила 0,29, что статистически значимо выше по сравнению с частотой аллели -656C в группе 2 – частота аллели 0,04 ($p=0,014$). В группе контроля гомозиготами по аллели -656A гена IL18 являлись 92,9% женщин. В группе женщин с ПРПО число гомозигот -656AA гена IL18 составило 51,6%, а доля гетерозигот по полиморфизму -656A>C выше по сравнению со 2-й группой (38,7% против 7,1%). Для гомозигот -656AA гена IL18 выявлено снижение риска развития ПРПО (OR = 0,08 (95% CI 0,01–0,706)).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные нашего исследования показали вероятную связь полиморфизма -656A>C гена IL18 с развитием ПРПО.



ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОМА ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В СРОКЕ ОТ 22 ДО 28 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

Кузнецова Н.Б., Дыбова В.С

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одним из наиболее изученных компонентов патогенеза преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) является инфекционно-воспалительный фактор. Значительная часть сведений о составе вагинальной микробиоты получена с помощью качественных и полуколичественных исследований с использованием методов, зависящих от культивирования. Несмотря на частое выявление инфекционного фактора данными методами, в большинстве случаев причина ПРПО и связанных с ним перинатальных осложнений остается неизвестной. Развитие новых молекулярных методов, основанных на секвенировании генов 16s рРНК, дало новую информацию о составе нормальной и аномальной флоры нижних половых путей. Однако всестороннего исследования микробиома влагалища в контексте преждевременного разрыва плодных оболочек, в частности до 28 недель беременности в регионах России до настоящего времени выполнено не было.

ЦЕЛЬ

Оценка состояния микробиома влагалища у беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек в сроке до 28 недель беременности

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнен анализ результатов исследований микробиома влагалища у беременных с ПРПО в сроке до 28 недель беременности в течение 12 часов после отхождения околоплодных вод до начала антибактериальной терапии, поступивших в ГБУ РО «Перинатальный центр» в 2019 году (I группа) и у условно здоровых женщин с физиологическим течением беременности, отделяемое получено в сроке 22–28 недель (II группа). Сравнение частоты встречаемости бактерий проводилось с помощью точного теста Фишера. Различия признавались статистически значимыми на уровне $p < 0,05$. Расчёты выполнялись в программе Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего было проанализировано 49 образцов влагалищного отделяемого, из которых 16 у женщин I группы, 33 – у беременных II группы. Анализ между группами проводился по микроорганизмам различных рангов. Статистически значимо выше у беременных с ПРПО по сравнению с женщинами с физиологическим течением беременности были выявлены бактерии типов Bacteroidetes ($p=0.02192$) и Verrucomicrobia ($p=0.01565$), классов Bacteroidia ($p=0.02192$), Mollicutes ($p=0.01565$), Negativicutes ($p=0.03493$), семейств Corynebacteriaceae ($p=0.00913$), Mycoplasmataceae ($p=0.01329$), Prevotellaceae ($p=0.00829$), Staphylococcaceae ($p=0.01512$), родов Anaerococcus ($p=0.00147$), Corynebacterium ($p=0.02840$), Peptoniphilus ($p=0.00459$), Prevotella ($p=0.00587$), Ureaplasma ($p=0.00544$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие в микробиоме влагалища беременных с ПРПО бактерий типов Bacteroidetes и Verrucomicrobia, классов Bacteroidia, Mollicutes и Negativicutes, семейств Corynebacteriaceae, Mycoplasmataceae, Prevotellaceae и Staphylococcaceae, родов Anaerococcus, Corynebacterium, Peptoniphilus, Prevotella и Ureaplasma, вероятно, имеет значение при беременности, связанной с разрывом плодных оболочек в сроке до 28 недель беременности, что требует дальнейших исследований в данной области.



МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Куклина Л. В., Кравченко Е. Н.

ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет
г. Омск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Внутриутробные инфекции (ВУИ) – инфекционные заболевания, при которых инфицирование плода произошло в анте- или интранатальный период, занимают третье место в структуре заболеваемости новорожденных и перинатальной смертности после дыхательных расстройств и врожденных пороков развития (ВПР).

ЦЕЛЬ

изучение роли бактериальной инфекции в развитии внутриутробной инфекции

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведён ретроспективный (2011–2014 гг.) и проспективный (2015–2019 гг.) анализ результатов микробиологических исследований биоматериалов от женщин и их новорожденных (цервикального канала, околоплодных вод, плаценты, мочи беременной и новорожденного, трахеобронхиального смыва и крови новорожденного) в 63 случаях ранней неонатальной смертности при установленных диагнозах ВУИ. Посев биоматериала проводили на набор питательных сред, инкубировали аэробно, в капнофильной атмосфере, при необходимости анаэробно (azPac). Идентификацию проводили с использованием оптимального в каждом случае набора доступных методов (классические биохимические тесты, хромогенные среды, иммуносерологические методы, автоматизированная идентификация с использованием Phoenix-100, масс-спектрометрия Vitec-MS MALDI-ToF).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При исследовании отделяемого цервикального канала (ЦК), образцов плаценты и околоплодных вод (ОВ) наиболее часто отмечался высев коагулазонегативных стафилококков, среди которых доминировал *Staphylococcus epidermidis*, встречались *Staphylococcus hominis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus warneri*. Выявлено частое выделение стрептококков группы В из плаценты и ОВ в сравнении с материалом из ЦК. Доля положительных высевов при исследовании отделяемого ЦК составила 92%, при этом в 73% отмечался высев условно-патогенных микроор-

ганизмов (УПМ) в клинически значимых концентрациях более 105 КОЕ/мл. В значительном числе случаев УПМ высевались в ассоциациях из 2 и более видов (40% случаев). Высокая степень обсеменённости характерна для ОВ – 100% положительных результатов, причём в 86% случаев УПМ в клинически значимых концентрациях и в 63% случаев – в составе ассоциаций. При исследовании плаценты доля положительных результатов составила 71%, чаще всего УПМ выделялись в инокультуре в невысоких концентрациях.

Наиболее часто из микроорганизмов из биоматериала от новорожденных, выделялись КОС: *S. epidermidis*, *S. hominis*, *S. haemolyticus*, *S. warneri*. Часто высевались *E. coli*, *E. faecalis*, *E. faecium*, *K. pneumoniae*, грибы рода *Candida* (*C. albicans*, *C. glabrata*), *S. agalactiae*. В единичных случаях отмечался высев *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*. Оказалась относительно высокой высеваемость при исследовании образцов крови – в 38% случаев отмечался рост микроорганизмов. Превалировали также коагулазонегативные стафилококки, *A.baumannii*, *S.agalactiae*, *E.faecalis*, *Candida spp.*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Микробиологическое исследование – один из методов этиологической диагностики внутриутробной инфекции бактериальной этиологии, однако информативность для подтверждения возбудителя и факта его передачи от матери плоду/новорожденному является недостаточной и не превышает 30%. При высокой обсеменённости половых путей рожениц, плаценты, околоплодных вод обследование материалов новорожденного непосредственно после рождения не всегда позволяет выявить возбудитель, во-первых, в силу низкой степени обсеменения на начальном этапе развития инфекционного процесса, во-вторых, в силу проведения антибактериальной терапии у беременной.



ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ МАРКЕРАМИ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Манухин И.Б., Хрущ Л.В.

ГБУЗ МО «Павлово-Посадская ЦРБ»

г. Павловский Посад

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преэклампсия – это грозное осложнение беременности, которое быстро прогрессирует и является одной из ведущих причин материнской смертности в мире. Учитывая результаты последнего анализа данных системы надзора центра по контролю за беременностью и профилактике заболеваний, примерно 9% материнской смертности ассоциировано с развитием преэклампсии и эклампсии. Гипертензия и протеинурия являются ведущими факторами риска, ассоциируемыми с мертворождением. В научных исследованиях последних десятилетий преэклампсия остается одной из значимых причин, индуцирующих преждевременные роды с низким весом плода при рождении. Несмотря на широкое обследование пациенток с преэклампсией с целью выявления ранних клинических предикторов, их использование в практике весьма ограничено. Поиск биохимических маркеров преэклампсии и их эффективных комбинаций по-прежнему остается одной из важных научно-практических задач современного акушерства.

ЦЕЛЬ

Повышение эффективности раннего прогнозирования преэклампсии и усовершенствование тактики ведения беременных с положительными предикторами преэклампсии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали беременные женщины, находившиеся на диспансерном наблюдении в ГБУЗ МО «Павлово-Посадской ЦРБ». В сроке 11–13 недель, помимо стандартных показателей пренатального скрининга первого триместра (РАРР-А и β -ХГЧ), проводился дополнительный анализ уровней ADAM12 (дезинтегрин и металлопротеиназы 12) в сыворотке крови.

После родов все пациентки были разделены на 2 группы. В I-ю группу были включены 4 женщины с преэклампсией (согласно МКБ-10 и Федеральным клиническим рекомендациям «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия.

Эклампсия» (2016 год)). Во II-ую (контрольную) группу были включены 38 пациенток с физиологическим течением беременности и родов. Прогностическая модель построена при помощи ROC-анализа в программе SPSS Statistics 24.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среднее значение ADAM12 в группе I равно $1,4 \pm 0,2$ нг/мл (медиана 1,95 нг/мл), во II группе $0,7 \pm 0,3$ нг/л (медиана 0,82 нг/мл). При расчете площадь под ROC кривой, соответствующей взаимосвязи прогноза развития преэклампсии и ADAM-12, составила $0,934 \pm 0,062$ с 95% доверительным интервалом 0,813–1,005. Полученная прогностическая модель была статистически значимой ($p < 0,0001$). Пороговое значение ADAM-12 в точке cut-off равно 1,2450 нг/мл. При ADAM-12 равном или превышающем данное значение прогнозировался высокий риск развития преэклампсии. Чувствительность и специфичность метода составили 75,0% и 79,0% соответственно.

Во всех исследуемых группах также изучалась структура сопутствующих генитальных и экстрагенитальных заболеваний. Во время беременности проводилось тщательное наблюдение за доплерометрическими показателями МПК и ФПК, также за изменениями в сосудисто-тромбоцитарном звене системы гемостаза и биохимическими показателями функции печени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Согласно результатам исследования, повышенная концентрация ADAM12 в плазме у женщин может являться маркером высокого риска развития преэклампсии. Необходимо дальнейшее изучение предикторов развития для лучшего понимания патофизиологии преэклампсии и выявления терапевтических мишеней, что позволит улучшить перинатальные и материнские исходы.



МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Михайлин Е.С., Гайдарова А.А., Иванова Л.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Перинатальный период начинается при сроке беременности, составляющем полные 22 недели, и заканчивается через семь полных дней (168 часов) после рождения. Показатель перинатальной смертности в России в 2019 году составил, по данным Росстата, 6,2 на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

Перинатальные потери (ПП) в 99,4% случаев связаны с осложнениями беременности и родов. На выживаемость новорожденных детей отрицательное влияние оказывают внутриутробная гипоксия, пороки развития, респираторные нарушения, внутриутробная инфекция и др.

ЦЕЛЬ

Определить медико-социальные характеристики женщин с перинатальными потерями в анамнезе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2017 по 2019 гг. под нашим наблюдением находились 47 женщин, перенесших перинатальные потери. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы Microsoft Excel 2010 («Microsoft Corporation», США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст обследованных пациенток составил $31,7 \pm 5,8$ года. Возраст менархе – $13,2 \pm 1,2$ года, возраст начала половой жизни – $17,5 \pm 1,8$ года. В зарегистрированном браке состояли 36 (76,6%) пациенток, в «гражданском браке» – 3 (6,38%), не замужем – 9 (4,23%). Высшее образование имели 28 (59,6%) беременных, неполное высшее – 1 (2,1%), среднее специальное – 9 (4,23%), среднее общее – 7 (14,9%). Работали 32 пациентки (68%), 13 (27,6%) были домохозяйками, студенткой являлась только 1 (2,1%) пациентка. Беременность была первой у 17 (36,1%) пациенток, второй – у 11 (23,4%), третьей – у 1 (2,13%), четвертой – у 1 (2,1%), пятой – у 2 (4,2%), шестой – у 5 (10,6%), седьмой – только у 1 (2,1%) пациентки. Среди всех пациенток первородящими были 24 (51,1%) женщины, повторнородящими – 23 (48,9%).

Средний срок постановки на учет в женскую консультацию составил $10,7 \pm 4,9$ нед.

32 (68%) пациентки имели экстрагенитальные заболевания (хроническая артериальная гипертензия, варикозное расширение вен нижних конечностей, хронический пиелонефрит, заболевания органа зрения, эндокринные заболевания и др.).

Общая прибавка массы тела за беременность составила $9,5 \pm 4,9$ кг.

Отеки беременных выявлены у 6 (12,8%) женщин, гестационная артериальная гипертензия – у 2 (4,2%), умеренная преэклампсия – у 3 (6,4%) пациенток, тяжелая преэклампсия – также у 3 (6,4%). Анемия беременных отмечена у 29 (61,7%) женщин. Хроническая плацентарная недостаточность (ХПН) обнаружена у 11 (23,4%) пациенток, гестационный сахарный диабет – у 6 (12,8%) женщин. Многоводие при УЗИ обнаружено у 6 (12,8%) беременных, маловодие – у 9 (19,1%). Срок родоразрешения составил $32,8 \pm 5,6$ недели.

Всего родились 47 детей: 2 (4,2%) – живыми, 45 (95,7%) – мертвыми (ранее произошла антенатальная гибель). Всего родились 26 (55,3%) мальчиков, 21 (44,7%) девочки. В среднем масса тела новорожденных составила $2500,1 \pm 1121,5$ г, рост – $42,9 \pm 9,7$ см. Гипотрофия при рождении выявлена у 6 (12,8%) новорожденных. Средняя оценка живых детей по шкале Апгар на 1-й минуте составила 1 ± 0 балла, на 5-й минуте – $1,5 \pm 0,7$ балла.

У 6 (12,8%) детей диагностированы врожденные пороки развития (ВПР).

Средняя длительность пребывания родильниц в стационаре составила $6,38 \pm 2,34$ дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Большинство женщин, перенесших ПП, имеют постоянное место работы, высшее образование и зарегистрированный брак. 2. Чаще всего ПП предшествует ХПН, анемия беременных и наличие различных ВПР плода.



НАРУШЕНИЕ СОЗРЕВАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Михайлин Е.С., Петровицьева М.С., Ожиганова И.Н., Иванова Л.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Изучение морфогенеза плаценты необходимо для уточнения роли генетических и эпигенетических факторов в патогенезе осложнений беременности, поиска новых биомаркеров и методов лечения болезней беременных и новорожденных.

ЦЕЛЬ

Выявить нарушение созревания плацент у несовершеннолетних беременных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализировано 75 направлений на патолого-анатомическое исследование последов родильниц в возрасте 14–18 лет. Проведено микроскопическое исследование 68 гистологических препаратов, окрашенных гематоксилином и эозином, с целенаправленным анализом дифференцировки ворсин плаценты. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы Microsoft Excel 2010 («Microsoft Corporation», США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст несовершеннолетних беременных составил $16,3 \pm 0,2$ года. Срок родов составил $39,2 \pm 0,2$ недели. Масса новорожденных составила $3391,8 \pm 53,9$ г, рост – $51,3 \pm 0,3$ см. Все новорожденные родились с оценкой по шкале Апгар на 1 минуте 7 или 8 баллов. Масса плацент составила $559,5 \pm 10,5$ г. Плацентарно-плодный коэффициент – $0,17 \pm 0,003$.

При микроскопическом исследовании плацент обнаружены выраженные нарушения дифференцировки и васкуляризации ворсин, возможно, обусловленные физиологической незрелостью несовершеннолетних женщин. Признаки ранней ММ выявлены в 38 (57,0%) плацент в виде гипоплазии дистальных отделов ворсин. Дефицит терминальных ворсин и синцитиокапиллярных мембран обнаружен в 21 (30,8%) случаев. Признаки ПМ обнаружены в 41 (61,0%): замедленная дифференцировка, дисморфизм и хорангиоматоз – в 32 (45,6%), полная ПМ (обструктивные поражения пуповины и очаги бессосудистых ворсин с фиброзом стромы в 17 (25,0%). Воспалительные изменения обнаружены в 11 (16,2%) случаев, из них восходящее инфицирование выявлено в 9 (81,8%),

неспецифический плацентит – в 2 (18,2%) плацентах. Кальцификаты в ворсинах и оболочках найдены в 30 (44,1%), рудименты аллантаоиса определялись в 6 (8,8%) пуповинах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, почти во всех плацентах несовершеннолетних нами обнаружены разнообразные стромально-сосудистые поражения, что согласуется с литературными данными; наиболее часто выявлялись признаки ММ, свидетельствующие о нарушении морфогенеза плаценты и дифференцировки ворсин. Из всех нарушений дифференцировки ворсин наиболее часто определялась децидуальная артериопатия и замедленная дифференцировка с гипоплазией дистальных отделов, дефицитом терминальных ворсин и синцитиокапиллярных мембран, что может способствовать развитию внутриутробной гипоксии плода у несовершеннолетних. Как повлияли выявленные плацентарные нарушения на развитие детей, предстоит выяснить при изучении катамнеза.



ОПТИМИЗАЦИЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОДХОДОВ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С УКОРОЧЕННОЙ ШЕЙКОЙ МАТКИ

Новикова С.В., Будыкина Т.С., Дальниковская Л.А., Бирюкова Н.В.

ГБУЗ МО «МОНИИАГ»

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальной проблемой современного акушерства является прогноз исхода беременности, осложненной угрозой невынашивания. Согласно данным современных исследований, укорочение шейки матки, выявленное при ультразвуковой цервикометрии, не позволяет достоверно прогнозировать риск прерывания беременности или преждевременных родов, что вызывает необходимость оптимизировать диагностические мероприятия путем выявления новых методов обследования. Исследование специфических биохимических маркеров является перспективным направлением и требует более детального изучения.

ЦЕЛЬ

Улучшение перинатальных исходов путем оптимизации диагностических мероприятий и обоснованной тактики ведения беременных с укороченной шейкой матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 100 беременных женщин в возрасте 21–36 лет в гестационные сроки 11–28 недель. Первые роды предстояли 48 женщинам, а повторные – 52 и все они имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Инфекционные заболевания урогенитального тракта были у всех беременных, обострение которых было во время гестации (78) и/или в анамнезе (22). Основными критериями включения в исследование были наличие ультразвуковых признаков ИЦН и/или анамнестические данные о наличии ИЦН в прошлую беременность. Подход к лечению и тактика ведения были обусловлены длиной шейки матки, определяемой при УЗ-цервикометрии, по результатам которой все беременные были разделены на три группы: группа наблюдения (женщины с укорочением шейки матки); группа, получающая гестагены и группа, в которой проводилась коррекция ИЦН. Кроме общеклинических методов обследования, всем беременным определяли уровни биохимических маркеров прерывания беременности: матриксных металлопротеиназ 2 и 9, фетального

фибронектина, протеина, связывающего инсулиноподобный фактор роста-1.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Роды в срок произошли у 52 из 100 обследованных женщин. Несмотря на все мероприятия, направленные на пролонгирование беременности, у 37 женщин роды были преждевременными и у 11 беременность закончилась поздним выкидышем. Уровни биохимических маркеров прерывания в сыворотке крови беременных находились в нормальных пределах у женщин, родивших в срок, а у женщин, родивших преждевременно, они были повышены. Стоит отметить рост уровня биохимических маркеров в динамике ближе к сроку родоразрешения при преждевременных родах. Наиболее высокие уровни исследуемых маркеров зафиксированы у женщин с беременностью, завершившейся поздним выкидышем, а также у этих пациенток обострение инфекций урогенитального тракта было чаще, чем у женщин, родивших в срок. Более ранние преждевременные роды и выкидыши в более ранние сроки были среди пациенток, которым проводилась хирургическая коррекция ИЦН в данную беременность. Признаки внутриутробной инфекции были отмечены у новорожденных от матерей, которым проводилась коррекция ИЦН. Среди детей, рожденных в группе женщин, которые получали гестагены, не было признаков гипоксии и внутриутробной инфекции, что подтверждает нейтропротективный эффект прогестерона и высокий риск инфекционных осложнений при хирургической коррекции ИЦН.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Измерение длины шейки матки при УЗ-цервикометрии в сочетании с определением уровня биохимических маркеров прерывания беременности позволяет прогнозировать исход гестации и своевременно определить дальнейшую тактику ведения. Частота неблагоприятных перинатальных исходов ставит под сомнение необходимость проведения инвазивных манипуляций во время беременности.



ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ СЕРДЦА ПЛОДА

Потапова А.А., Ходжаева З.С., Бокерия Е.Л.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Нарушения ритма сердца у плода, частота которых составляет 0,1 – 5% от всех беременностей, до недавнего времени во многих случаях являлись причиной мертворождения, неонатальной и младенческой смертности. Перинатальная смертность при сочетании полной атриовентрикулярной блокады с неиммунной водянкой плода достигает 30% и возрастает до 100% при наличии пороков развития сердца. До 80% всех случаев брадиаритмии плода связаны с наличием у матери аутоиммунного заболевания или бессимптомного носительства анти Ro/La антител. Данные антитела, попав в кровоток плода, связываются с кальциевыми каналами кардиомиоцитов и подавляют их активность, нарушая метаболизм кальция и вызывая апоптоз клетки.

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности терапии и исходов беременности при атриовентрикулярной (АВ) блокаде сердца плода

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 6 женщин с АВ блокадой сердца плода, диагностированной в 18–26 недель и обратившихся в ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В. И. Кулакова» с 2018 по 2019г. Проведены специальное иммунологическое обследование (анти-SS-A/Ro и анти-SS-B/La антитела, антитела к двуспиральной ДНК (дсДНК), антиядерные антитела) и эхокардиографический мониторинг плода. Применялись гидроксихлорохин, лечебный плазмаферез, иммуноглобулиноterapia, пульс-терапия глюкокортикостероидами).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При обследовании беременных был отмечен высокий титр аутоантител к SSA/Ro и антиядерных антител, у 4 из 6 диагностирован дебют аутоиммунного заболевания. В качестве базисной терапии применялись гидроксихлорохин (400мг в сутки) и фторированные глюкокортикостероиды (таблетированный метипред 4мг или дексаметазон 0,5 мг). Проводился курс лечебного плазмафереза (3 сеанса), с последующей внутривенной пульс-те-

рапией глюкокортикостероидами (дексаметазон в дозировке 32 мг). Также – внутривенное введение человеческого иммуноглобулина в дозировке 1 г/кг. В двух случаях в связи с ЧСС плода ниже 55 уд/мин применялись селективные В2-адреномиметики (кленбутерол).

На фоне проводимой терапии у 2 из 6 беременных (33,3%) отмечалась регрессия АВ блокады до 1–2 степени, а в остальных 4 случаях (66,7%) не отмечалось прогрессирования сердечной недостаточности и/или развития неиммунной водянки, что позволило пролонгировать беременность до доношенного срока во всех 6 случаях. В первые сутки жизни установка постоянного электрокардиостимулятора потребовалась 4 из 6 новорожденным. Двое новорожденных, с отмеченным положительным эффектом от проведения антенатальной иммуносупрессивной терапии матери, в течение первых 3 месяцев жизни наблюдались по поводу блокады правой ножки пучка Гиса и АВ блокады 1 и 2 степени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование показывает, что ранняя диагностика фетального нарушения ритма сердца, своевременное и комплексное обследование беременной способствуют раннему началу терапии и профилактике необратимого повреждения проводящей системы сердца плода.



ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ПЛОДА

Потапова А.А., Ходжаева З.С., Бокерия Е.Л.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Фетальные нарушения ритма встречаются с частотой от 0,1 до 5% беременностей. Перинатальная смертность при сочетании злокачественной аритмии и неиммунной водянки плода составляет 30% и достигает 100% при сопутствующем пороке развития сердца.

ЦЕЛЬ

Изучить клинические особенности заболеваний проводящей системы сердца плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 70 пациенток с нарушениями ритма сердца плода, выявленными в 19–37 нед беременности, обратившихся на Перинатальный консилиум ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» с 2017 по 2019г.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний срок беременности при диагностике нарушения ритма сердца плода составил 29 недель 6 дней (± 4 недели 6 дней). В 51,4% случаев была диагностирована наджелудочковая тахикардия (36/70) со средней частотой сердечных сокращений (ЧСС) 222 ± 38 уд/мин. В 15,7% (11/70) – частая наджелудочковая экстрасистолия с нормальной частотой сердечных сокращений (145–165 уд/мин). В 12,9% (9/70) – синусовая брадикардия с ЧСС 86–

110 уд/мин. В 11,4% (8/70) случаев регистрировалось трепетание предсердий со средней частотой сокращений предсердий и желудочков 437 ± 29 уд/мин и 216 ± 19 уд/мин соответственно. У 8,6% (6/70) беременных была диагностирована атриовентрикулярная блокада сердца плода с ЧСС 52–78 уд/мин. Таким образом, нарушение ритма сердца плода по типу брадиаритмии отмечено в 21,4% (15/70) случаев, в 62,9% (44/70) случаев по типу тахиаритмии.

Наиболее частой сопутствующей патологией по данным эхокардиографического исследования является гидроперикард, осложняющий 21,4% (15/70) беременностей. Развитие таких осложнений как асцит, анасарка и гидроторакс отмечено с частотой 12,8% (9/70), 7,1% (5/70), 4,3% (3/70) соответственно.

Кардиомегалия плода отмечена в 13,3% (2/15) случаев всех фетальных брадиаритмий и 15,9% (7/44) случаев тахиаритмий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наиболее часто встречающимися нарушениями фетального ритма являются тахиаритмии, а гидроперикард осложняет каждую пятую беременность при изучаемой патологии. Полученные результаты согласуются с данными литературы.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОМ ТРАНСФУЗИОННОМ СИНДРОМЕ

Сакало В.А., Гладкова К.А., Костюков К.В., Ионов О.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС) является одним из наиболее тяжелых осложнений монохориальной многоплодной беременности, который встречается в 10–15% случаев. Неравномерное распределение кровотока между близнецами за счет наличия несбалансированных

анастомозов плаценты приводит к значительным изменениям со стороны сердечно-сосудистой системы плодов. В отсутствии лечения ФФТС ассоциируется с высокой, превышающей 95%, перинатальной заболеваемостью и смертностью. У детей, перенесших ФФТС, наблюдается высокая частота сердечно-сосудистых (87%), неврологических (70%) и дыхательных расстройств (92%). Своевремен-



ная диагностика и выбор оптимальной тактики лечения ФФТС являются решающими в улучшении перинатальных исходов. В настоящее время существует несколько методик лечения, которые способствуют уменьшению заболеваемости и смертности новорожденных, перенесших ФФТС. Таким образом, актуальным остаётся изучение особенностей перинатальных исходов при монохориальной двойне, осложнённой ФФТС при различных его стадиях и методах лечения.

ЦЕЛЬ

изучение особенностей течения монохориальной многоплодной беременности, эффективности различных тактик ведения и перинатальных исходов при фето-фетальном трансфузионном синдроме.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Все пациенты были разделены на две группы: контрольная группа включала 100 беременных с неосложненной монохориальной диамниотической двойней; основная – 153 беременные монохориальной диамниотической двойней, осложненной ФФТС. Оценка неонатальных исходов включала гестационный возраст и массу при рождении, состояние новорожденных по шкале Апгар на 1-ой и 5-ой минутах, возникновение дыхательных расстройств, поражение ЦНС и других систем, раннюю неонатальную смертность.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При сравнении гестационного возраста новорожденных выявлено значительное различие в исследуемых группах. Медиана гестационного возраста монохориальной двойни, осложненной

ФФТС, составила 31,8 недель, в то время как при неосложненной – 36, $p < 0,001$.

При изучении количества детей с низкой оценкой по шкале Апгар (менее 6/7 баллов) было выявлено, что более низкая оценка характерна для ФФТС. В основной группе она составила 21% и 4% в контрольной группе, $p < 0,001$.

Сравнение частоты осложнений раннего неонатального периода показало их преобладание в основной группе. Частота неврологической заболеваемости при ФФТС увеличивается на 21,2% ($p < 0,001$), респираторных нарушений – на 15,8% ($p = 0,001$), ретинопатии – на 5,7% ($p = 0,003$). Такие осложнения неонатального периода как некротирующий энтероколит (НЭК) и острое почечное повреждение, отмечались только у новорожденных основной группы.

Случаи ранней неонатальной смертности отмечались только в группе новорожденных с ФФТС. Частота данного показателя составила 10,8%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Монохориальная многоплодная беременность, осложненная фето-фетальным трансфузионным синдромом, сопровождается высоким риском перинатальных осложнений по сравнению с неосложненной монохориальной двойней. Не смотря на то что лазерная коагуляция сосудистых анастомозов плаценты способствует улучшению перинатальных исходов при монохориальном многоплодии, осложненном ФФТС, все новорожденные в раннем неонатальном периоде требуют детального обследования и динамического наблюдения.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Самчук П.М., Азоева Э.Л., Бештоева А.Х., Козловская И.А., Цароева И.Х. ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) Филиал ГБУЗ «ГКБ имени В.В. Вересаева ДЗМ» «Университетская клиника перинатального акушерства и гинекологии» Москва

*Сеченовский Университет
г. Москва*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Причины преждевременного разрыва плодных оболочек и излития околоплодных вод (ПИОВ) в акушерстве при сохраняющейся частоте 20%, остаются не до конца изученными. По данным ряда авторов (В.Е.Радзинский и соавт., 2011; G.C. Di Renzo et al., 2011) преждевременному излитию околоплодных вод способствует латентно проте-

кающее инфицирование околоплодных вод. Обсеменению околоплодных вод предшествует колонизация родовых путей условно-патогенными микроорганизмами, а также стрептококками группы В (A. Ohisson et al., 2011).



ЦЕЛЬ

Цель исследования, изучить микрофлору влагалища у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод при доношенной беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено бактериологическое обследование микрофлоры влагалища у 80 пациенток родоразрешенных через естественные родовые пути. Возраст пациенток колебался от 19 до 44 лет, средний возраст составил $26,91 \pm 4,5$ года. Все женщины были разделены на две группы в зависимости от времени излития околоплодных вод: 1-ю основную группу составили женщины ($n=50$) с преждевременным излитием околоплодных вод; 2-ю группу – контрольную составили женщины ($n=30$) со своевременным излитием вод при полном или близком к полному раскрытию маточного зева.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе с преждевременным излитием околоплодных вод встречаемость грибов рода *Candida* составила $54,0 \pm 2,8\%$ ($n=27$), в контрольной группе в $6,6 \pm 2,3\%$ ($n=2$) наблюдений ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования показали, что в основной группе при доношенной беременности и ПИОВ достоверно чаще, чем в контрольной группе среди микрофлоры влагалища встречались грибы рода *Candida* и *St. haemolyticus*, а микроорганизмы: *St. aureus*, *Str. faecalis* и б-гемолитический стрептококк, были выявлены только в группе с ПИОВ. Данный микробный пейзаж следует рассматривать, как фактор риска преждевременного разрыва плодных оболочек.

ВЛИЯНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОГО ФАКТОРА РОСТА НА ЭКСПРЕССИЮ ЧЕКПОИНТ МОЛЕКУЛ КАК МЕХАНИЗМ АДАПТАЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Сметаненко Е.А., Пасман Н.М., Черных Е.Р.

ГБУЗ НСО БЦГБ

г. Бердск, г. Новосибирск

АКТУАЛЬНОСТЬ

При беременности защита плода от иммунной системы матери происходит за счет существенной перестройки иммунной системы, которая получила название «иммунной адаптации», т.е. Т-клеточное истощение: снижение продукции цитокинов и пролиферативной активности, и характеризуется тем, что на их поверхности увеличена экспрессия ингибиторных рецепторов (PD-1 CTLA-1, Tim-3). Поскольку беременность сопровождается значительным увеличением плацентарного фактора роста (PlGF), то для благоприятного исхода беременности PlGF активирует механизм Т-клеточного истощения, тем самым снижая риск развития осложнений. Снижение концентрации PlGF приводит к нарушению иммунной адаптации с неблагоприятными исходами беременности, в частности развитие преэклампсии. В ходе работы мы предположили, что PlGF влияет на пролиферацию Т-клеток и экспрессию чекпоинт молекул: ко-ингибиторных рецепторов PD-1 CTLA-1, Tim-3 на Т-клетках.

ЦЕЛЬ

Изучить *in vitro* иммуномодулирующие эффекты фактора роста плаценты (PlGF) и его влияние на на экспрессию ко-ингибиторных рецепторов PD-1 CTLA-1, Tim-3 на CD4+ и CD8+ Т-клетках.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 64 здоровых доноров крови. Забор крови и все иммунологические исследования проводили после получения письменного информированного согласия. Экспрессию ингибиторных рецепторов на Т-клетках исследовали цитофлуориметрически путем окрашивания клеток анти-CD4(Per), анти-CD8(FITC), анти-CTLA-4(PE-Cy5), анти-PD-1(APC), анти-TIM-3(PerCP/Cy5.5) и соответствующими контрольными изотип-специфическими моноклональными антителами (все антитела BD PharMingen). Относительное содержание и среднюю интенсивность флуоресценции (MIF) PD-1, CTLA-4, Tim-3 оценивали в гейтах CD4+ и CD8+ Т-клеток используя программное обеспечение CellQuest (BD Biosciences, США).



РЕЗУЛЬТАТЫ

Чтобы оценить способность PIGF усиливать экспрессию ингибиторных чекпоинт молекул мы исследовали экспрессию PD-1, CTLA-4 и Tim-3 на CD4+ и CD8+ Т клетках в культурах α-CD3-стимулированных МНК. Стимуляция МНК α-CD3 приводила к возрастанию доли PD-1-экспрессирующих Т клеток. Добавление в культуру PIGF значительно повышало долю CD8+PD-1+ Т клеток, в то время как не оказывало эффекта на процентное содержание CD4+PD-1+ Т клеток. Связывание Т клеточных рецепторов (TCR) α-CD3 также приводило к возрастанию доли CD4+ Т-клеток, экспрессирующих CTLA-4, однако PIGF не оказывал влияния на относительное содержание CTLA-4- экспрессирующих CD4+ или CD8+ Т-клеток. Относительно экспрессии Tim-3, стимуляция МНК α-CD3 существенно повышала долю Tim-3- позитивных клеток в субпопуляциях CD4+ и CD8+ лимфоцитов, и добавление в культуры PIGF сопровождалось

возрастанием как CD4+Tim3 + так и CD8+Tim3+ Т лимфоцитов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Присутствие PIGF в культурах α-CD3 стимулированных МНК повышает количество Т-клеток, экспрессирующих PD-1, в популяции CD8+Т-клеток, долю CTLA-4-позитивных клеток в популяции CD4+Т-лимфоцитов и относительное число Tim-3-позитивных клеток в субпопуляциях CD4+ и CD8+Т-лимфоцитов. Таким образом полученные данные свидетельствуют о повышении экспрессии чекпоинт молекул, из чего следует, что повышенная концентрация плацентарного фактора роста способствует развитию феномена Т-клеточного истощения, что благоприятно сказывается на течении нормальной беременности, а при дефиците PIGF происходит снижение функциональной активности ко-ингибиторных клеток и активации иммунной системы и развитии таких осложнений как преэклампсия.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ

Степанян Л.В., Малышева И.П., Мединский Д.Б.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России,
ГБУЗ АО Александрo-Маршинская областная клиническая больница
г. Астрахань

АКТУАЛЬНОСТЬ

Первичные иммунодефициты (ПИД) представляют собой большую группу заболеваний, характеризующихся различными нарушениями клеточного и гуморального иммунитета. Одним из наиболее часто встречающихся видов ПИД является общая переменная иммунная недостаточность (ОВИН). Отдельного внимания заслуживает вопрос ведения беременности у пациентов с ПИД, и в частности, с ОВИН.

ЦЕЛЬ

Разбор клинического случая беременности при первичном иммунодефиците.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

представлены материалы истории родов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Беременная М., 1990 года рождения, 14.02.2020 г. поступила в ОПБ ГБУЗ АО АМОКБ по направлению врача женской консультации.

Жалобы при поступлении на периодический подъем АД максимально до 150 /90 мм.рт.ст. в течение

настоящей беременности. Находится на «Д» учете в ФГБУ «Государственном научном центре Института иммунологии» ФМБА России с 2014 г. Получает иммуноглобулин (октагам) 30 гр\мес. При поступлении выставлен диагноз: Беременность 36 нед. 1 день. Гестационный сахарный диабет. Первичный иммунный дефицит: общая переменная иммунная недостаточность. Состояние после аневризмомэктомии, протезирование восходящего отдела, дуги аорты (июнь 2017 г). Симптоматическая гипертония. Хронический гнойный бронхит с обструктивным синдромом, рецидивирующее течение. Бронхоэктазы нижних долей обоих легких. Фиброателектаз S4 средней доли правого легкого. ДН0–1. Спленомегалия. Генерализованная лимфаденопатия. Гранулематозная лимфоцитарная интерстициальная болезнь легких. Иммунная цитопения. Искривление носовой перегородки, вазомотрный ринит. Лекарственная гиперчувствительность к антибиотикам цефалоспоринового ряда.

Проведено полное клинико-лабораторно-инструментальное обследование. Проведены консультации смежных специалистов: клиническо-



го фармаколога: антибактериальная терапия с продолжением в послеоперационном периоде в связи с иммунодефицитом в зависимости от клинико-лабораторной динамики. Также консультирована аллергологом-иммунологом. Даны следующие рекомендации: выбор метода родоразрешения по акушерским показаниям. При проведении оперативного вмешательства сроки проведения антибактериальной терапии увеличиваются в 2 раза. Плановое введение ВВИГ (октагам) перед операцией в дозе 40 гр (контроль уровня иммуноглобулинов перед введением).

25.02.2020 в сроке беременности 37 недель и 5 дней была планово родоразрешена. Операция прошла без технических сложностей под эндотрахеальным наркозом.

Проведена телемедицина с ФГБУ «НМИЦ АГП им В.И. Кулакова» Минздрава России. Рекомендовано: учитывая сопутствующую патологию и прогрессирующую цитопению, рекомендовано введение препарата человеческого иммуноглобулина (1г/кг

веса в/в капельно). Продолжить антибактериальную терапию. В случае сохранения явлений воспалительного характера в легких рекомендовано проведение бронхоскопии с бронхо-альвеолярным лаважом и исследование его на пневмоцисты, микоплазмы, вирусы, грибы, и другую микрофлору.

06.03.2020г. введен препарат человеческого иммуноглобулина (1г/кг веса в/в капельно) в условиях реанимации.

11.03.2020 г. вновь организована телемедицина с ФГБУ «НМИЦ АГП им В.И. Кулакова» Минздрава России и выписана на амбулаторное наблюдение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая положительную динамику и отсутствие клинических проявлений воспалительных процессов пациентка была переведена на амбулаторное наблюдение иммунолога или гематолога.

Эффект от лечения: положительный.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНОЙ РЕИНФУЗИИ ЭРИТРОЦИТОВ В ОРЕНБУРГСКОМ ОБЛАСТНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ЗА 2016–2018 ГГ

Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Василевская Г.В., Степанов С.Ю., Ржанников А.С., Веккер И.Р.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблемы профилактики и терапии кровотечений в акушерской и гинекологической практике продолжают оставаться весьма актуальными. Кровотечения являются ведущей причиной материнской заболеваемости и смертности. Многие годы проблема кровопотери решалась за счет донорской крови и ее компонентов. В настоящее время во избежание осложнений при переливании донорских компонентов крови появились современные и более эффективные методы сбережения крови, в частности, аппаратная интраоперационная и послеоперационная реинфузия эритроцитов.

ЦЕЛЬ

Проанализировать случаи использования аппаратной реинфузии крови в акушерском стационаре 3 уровня.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен анализ историй родов 34 женщин родоразрешенных в Оренбургском областном перинатальном центре в период 2016–2018 гг., которым интраоперационно проводилась аппаратная реинфузия эритроцитов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст пациенток составил 24–41 год, срок гестации 24–39 нед. Наиболее частая акушерская патология, которая потребовала применения кровосберегающих технологий: предлежание плаценты – 85,3%, в том числе истинное вращение – 11,8%, тяжелая преэклампсия – 8,8%, миома матки с консервативной миомэктомией – 2,9%, отслойка плаценты – 2,9%. Максимальный объем кровопотери во время операции 3000 мл, минимальный 500 мл. Объем общей кровопотери в среднем – 1435±78 мл. Максимальный объем собранных эритроцитов составил 888 мл, минимальный 50 мл.



Помимо реинфузии была проведена гемотрансфузия донорской крови 8 роженицам, что составило 23,5%; трансфузия донорской плазмы была проведена 3 роженицам, что в процентном соотношении составило 8,8%. У данной группы женщин реакции на реинфузии не отмечалось.

У данной группы пациенток была выявлена следующая экстрагенитальная патология: заболевания сердечно-сосудистой системы 79,4%, болезни крови (анемия – 64,7%, тромбоцитопения – 20,5%), патология эндокринной системы – 17,6%, заболевания мочевыделительной системы – 11,8%, болезни гепатобилиарной системы – 8,8%, метаболические нарушения – 8,8%, ВИЧ-инфекция – 5,8%, гепатиты – 5,8%.

Акушерско – гинекологические факторы: рубец на матке после операции кесарево сечение – 16, что составило 66,6%, аборт – 6, что составило 25%, замершая беременность – 5, что составило 20,8%, выкидыш – 2, что составило 8,3%, эрозия шейки матки – 7, что составило 29,1%, предлежанием плаценты – 1, что составило 4,1%.

Осложнения беременности: патология амниотической жидкости – 4 (20%)10%, патология пла-

центы – 11 (32,4%), истинное вращение – 4, что составило 20%, HELLP – синдромом – 1, что в процентном соотношении составило 5%, с тяжелой преэклампсией – 3, что составило 15%, с угрозой прерывания беременности – 1, что составило 5%, с тазовым предлежанием – 3, что составило 15%.

У 26 женщин было центральное предлежание плаценты 76,5%, краевое предлежание – 3, что составило 8,8%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом аппаратная реинфузия эритроцитов чаще всего была использована у женщин с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом, аномалии расположения плаценты и акушерскими осложнениями беременности. Применение реинфузии позволило в значительном количестве случаев исключить переливание донорских эритроцитов, что уменьшило антигенную нагрузку на организм женщины. В дальнейшем расширение показаний для использования аппаратной реинфузии эритроцитов позволит улучшать результаты родоразрешения для женщин с акушерскими осложнениями беременности и отягощенным соматическим статусом.

СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЕГКИХ

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

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

На сегодняшний день туберкулез был и остается международной проблемой современного общества. Рост заболеваемости туберкулезом легочной локализации отмечен среди женщин детородного возраста – 25–34 лет, в том числе и в период гестации. В большинстве случаев беременность женщинам, больным туберкулезом, противопоказана, однако многие больные, иногда с риском для жизни, решаются на данный шаг.

ЦЕЛЬ

Проанализировать демографические и социальные данные беременных с туберкулезом, возрастную характеристику и перинатальные исходы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен проспективный анализ историй родов у 62 беременных женщин с туберкулезом родоразрешенных в Оренбургском перинатальном центре (ОПЦ) в период 2018–2019 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты исследования. В 2018 г. беременных женщин с туберкулезом, поступивших в родильное отделение ОПЦ было 12, среди которых две пациентки были ВИЧ-ассоциированные. В 2019 г. поступило 34 женщины с туберкулезом, из которых 12 женщин были ВИЧ-ассоциированные. А также впервые выявлены случаи туберкулеза среди родильниц, родоразрешенных в ОПЦ в 2018 г. – 4 женщины, в 2019 г. – 12. Оценивая данные циф-



ры, можно отметить что, количество беременных женщин с туберкулезом в 2019 г. возросло в 3 раза.

Повторнобеременными в 2018 году было 8 (47%) женщин, в 2019 году 25 женщин (54%). Чаще всего беременные женщины страдали инфильтративным туберкулезом легких, а каждая третья – очаговым.

Возрастная категория: беременные с туберкулезом в 2018 г. были в возрасте от 29 до 39 лет, в 2019 г. – от 20 до 42 лет. Впервые выявленные родильницы с туберкулезом в 2018 г. от 33 до 37 лет, в 2019 г. от 25 до 41 года. Таким образом, в 2019 году отмечается рост туберкулеза среди пациенток как более раннего возраста так и более зрелого возраста.

Если говорить про социальное положение, то 70% составили не работающие и 30% работающие женщины следующих категорий: учительница средней школы, бармен, повар, охранник, уборщица, диспетчер.

Проживают основное количество женщин с туберкулезом в городе. Таким образом, следует констатировать, что уровень жизни беременных, к сожалению, не снижает риск туберкулеза.

Перинатальные исходы у пациенток с туберкулезом были следующими: 55 (88%) новорожденных с оценкой по шкале Апгар 7 – 9 баллов, 9 (12%) новорожденных с оценкой по шкале Апгара 3 – 6 баллов, которые были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокий уровень общей перинатальной заболеваемости, характерный для новорожденных от матерей, страдающих туберкулезом легких, на фоне адекватной терапии туберкулеза сохраняется, однако снижается частота асфиксии новорожденного. Уровень жизни, к сожалению, не снижает риск туберкулеза. На сегодняшний день проведение рентген контроля легких после родов продолжает оставаться эффективным средством выявления туберкулеза. А рост общего числа случаев заболеваемости туберкулезом среди женщин репродуктивного возраста требует совершенствования профилактических мероприятий в первичном звене амбулаторной помощи Российской Федерации.

КЛАССИФИКАЦИЯ РОБСОНА – НОВЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Уквальберг М.Е., Кормакова Т.Л., Исакова Ю.С., Яцухно Л.В., Шакурова Е.Ю.

*ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», кафедра акушерства и гинекологии, дерматовенерологии,
ГБУЗ РК «Республиканский перинатальный центр»
г. Петрозаводск*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Кесарево сечение (КС) является эффективным инструментом снижения материнской и перинатальной смертности. Однако, данная операция, выполненная без показаний, наиболее опасный метод родоразрешения со стороны матери и плода в сравнении с родами через естественные родовые пути. В 2001 году ирландский врач Майкл Робсон предложил классификацию, в соответствии с которой, каждая женщина, поступающая в родильное отделение, может быть отнесена к одной из 10 групп на основе легко определяемых характеристик. Данная классификация позволяет проводить сравнительный анализ частоты выполнения КС как в отдельно взятых учреждениях, так

и между разными учреждениями здравоохранения, а также между странами и регионами.

ЦЕЛЬ

Провести анализ кесарева сечения с использованием классификации Робсона в ГБУЗ РК «Республиканский перинатальный центр» за 2019 год и выявить возможные резервы снижения показателей КС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен ретроспективный анализ всех родов, в том числе путем операции кесарева сечения, произошедших в ГБУЗ РК «Республиканский перинатальный центр» в 2019 году.



РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего в РПЦ за 2019 год произошло 3042 родов, 1071 (35,2%) из них путем операции КС. Наибольший вклад в структуру абдоминального родоразрешения внесли: группа 1 – первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании более 37 недель гестации со спонтанным началом родовой деятельности; группа 2 – первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании более 37 недель гестации, плановая индукция родов или плановое КС; группа 5 – все повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе с одноплодной беременностью в головном предлежании более 37 недель гестации. В группе 1 КС выполнялось в 15,2% случаев (выше рекомендованных значений-10%). Среди показаний к операции КС наиболее часто встречались признаки внутриутробной гипоксии плода – выход мекония в амниотическую жидкость (27,5%) и изменение ЧСС плода (32,2%), а также преэклампсия 16,1%. В группе 2 КС проводилось в 54,3% (рекомендовано менее 30%), причем в 39,1% по срочным показаниям, а в 15,2% в плановом порядке. Среди показаний к плановому КС в группе 2 чаще всего выявлялись экстрагенитальная патология (38,6%), отсутствие готовности родовых путей к родам (12,9%) и аномалии таза (12,9%). Группа 5 в 77,1% были родоразрешены методом КС (рекомендовано 20–40%). В груп-

пе с одним КС в анамнезе плановое КС выполнялось в 31,7%, по срочным показаниям – в 32,6%. Все беременные в двумя и более КС в анамнезе были родоразрешены операцией КС. Показаниям к плановым операциям у них чаще всего являлись неполноценный рубец (26,67%), крупный плод (25,3%), отказ беременной от родов через естественные родовые пути (10,67%). Из срочных показаний – аномалии родовой деятельности (16,7%) и гипоксия плода (18,5%)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В группе 1 частота КС превышает 10%, это наиболее часто является следствием ненадлежащего выполнения протоколов родовозбуждения и навыков оценки КТГ. В группе 2 частота КС превышает 30%, причем среди показаний к плановым операциям в 38% это экстрагенитальная патология. Анализ 2 группы должен проводиться совместно с оценкой протоколов ведения осложнений, требующих планового родоразрешения или проведения индукции родов. Основной вклад в структуру кесарева сечения вносят женщины 5 группы – 77,1%. В качестве резерва для снижения КС можно предложить предоставление возможности самостоятельных родов с рубцом на матке, анализ показаний к плановому КС, правильная психологическая подготовка беременных с рубцом на матке.

РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ

Уманский М.Н., Буштырев А.В., Дмитриева М.П., Уманская А.М., Дыбова В.С.

ГБУ РО «Перинатальный центр»

г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

За последние три десятилетия частота кесарева сечения (КС) неуклонно растет в Европе и во многих странах мира. Одним из факторов, способствующих увеличению частоты КС, является плановое повторное КС. Роды с рубцом на матке после одной операции КС являются интересной и выполнимой стратегией во всем мире, которая должна обеспечивать большую безопасность для матери и ребенка, в сочетании со снижением затрат на оказание помощи, чем стратегия плановое КС с одним рубцом на матке.

ЦЕЛЬ

Определить клинично-анамнестические характеристики родильниц с успешным родоразрешением через естественные родовые пути (ЕРП) с рубцом на матке после одной операции КС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе ГБУ РО «Перинатальный центр» за первое полугодие 2020 года 106 женщин родили через ЕРП с одним рубцом на матке после одной операции КС. Проведен анализ антропометрических данных, инструментальных результатов обследования (ультразвуковое исследование, выполненное накануне родоразрешения), течения родов родильниц с успешным родоразрешением через ЕРП



при наличии рубца на матке после одной операции КС.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Антропометрические данные рожениц: возраст – $30,0 \pm 3,5$ год, рост – $166,4 \pm 5,44$ см, исходный ИМТ – $22,1 \pm 2,6$ кг/м², вес перед родоразрешением – $70,5 \pm 8,6$ кг, интергенетический интервал – 2 года 5 месяцев \pm 10 месяцев. Беременные по паритету распределились следующим образом: 2ые предстоявшие роды (1 роды путем операции КС) – 82, 3ьи предстоявшие роды (1ые роды – через ЕРП, затем 2ые роды путем операции КС) – 15, 4ые предстоявшие роды (1ые и 2ые роды – через ЕРП, затем 3ьи роды путем операции КС) – 9. Показания для предстоящего КС встречались следующие: тазовое предлежание плода – 36, клинически узкий таз – 17, слабость родовой деятельности (РД) – 15, дискоординация РД – 6, угроза мекональной аспирации – 5, ПОНРП – 2, другие показания – 25. Всем беременным накануне родоразрешения было выполнено УЗИ и получены следующие данные: локализация плаценты по передней стенке – у 40 беременных, по задней – у 66, толщина п/о рубца – $2,5 \pm 0,41$ (2,2–4,5), ПМП – $3245,3 \pm 606,3$ грамм. Срок гестации на момент родоразрешения – 38,0 нед \pm 6 дня (28,3–41,0 нед.). Вид развития родовой деятельности: спонтанная – 62, преиндукция родов (катетер Фолея), затем индукция родов (амниотомия)

– 19, индукция родов (амниотомия) – 25 беременных. Характеристика родов анализируемой группы: на фоне эпидуральной аналгезии протекало 98 родов (92%), длительность 1ого периода родов – 8ч. $15 \text{ мин} \pm 2 \text{ ч.} 27 \text{ мин}$ (от 3ч 40 мин до 18 ч.), длительность 2 ого периода родов – 1 час 20 мин \pm 18 мин (от 15 мин. до 2ч.50 мин), длительность 3го периода родов – 10 ± 5 мин, вакуум экстракция плода была у 30 пациенток (из них 22 – слабость потужного периода, 8 – острый интранатальный дистресс плода), общая кровопотеря – 280 ± 55 мл; вес новорожденного – 3300 ± 720 (от 1100 до 3900) грамм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клинико-анамнестические характеристики рожениц с успешным родоразрешением через ЕРП с рубцом на матке после одной операции КС: нормостенического телосложения повторно (2) родящая с рубцом на матке, первое КС выполнено в связи с тазовым предлежанием плода, интергенетический интервал – 2 года 5 месяцев., по УЗИ толщина рубца составляет 2,5 мм, локализация плаценты по задней стенке матки, ПМП 3245 грамм, при 2ых родах спонтанная родовая деятельность развилась в сроке гестации 38,0 недель, роды велись на фоне эпидуральной аналгезии, общая длительность родов составила 9 часов, родился новорожденный с весом 3300 грамм.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Уманский М.Н., Буштырев А.В., Дыбова В.С., Забанова Е.А.

*ГБУ Ростовской области Перинатальный центр
г. Ростов-на-Дону*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота многоплодных беременностей имеет тенденцию к росту в современном мире, что обусловлено повышением возраста наступления беременности и увеличением числа беременных позднего репродуктивного возраста, что сопровождается более высокой частотой множественной овуляции, а также более широкого применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Многоплодная беременность сопряжена с высоким перинатальным риском, что влечёт за собой повышение частоты преждевременных родов и оперативного родоразрешения в данной группе пациенток, а также специфичных для многоплодия осложнений.

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности мероприятий по снижению частоты кесаревых сечений (КС) при многоплодных беременностях в ГБУ Ростовской области «Перинатальный центр» (ПЦ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен сравнительный ретроспективный анализ историй родов пациенток с двойнями, родоразрешенных в ГБУ РО «ПЦ» в 2018 и 2019 году. Статистическая значимость полученных данных оценивалась с помощью χ^2 -критерия Пирсона. Значимыми считались различия при $p < 0,05$.



РЕЗУЛЬТАТЫ

В 2018 году в ГБУ РО «ПЦ» родило 257 женщин с многоплодными беременностями (что составило 8,14% от всех родоразрешений), из них 7 трое (2,72%); в 2019 году – 279 женщин (6,44%), включая 4 тройни (1,43%). Среди беременных двойнями большая часть имела дихориальный диамниотический тип (70,8% в 2018 и 69,9% в 2019 году).

Частота кесаревых сечений у женщин с многоплодной беременностью составила 60,7% в 2018 году (156 КС) и 50,9% в 2019 году (142 КС) ($p=0,028$). Доля КС у первородящих женщин с многоплодной беременностью снизилась статистически значимо, составив 66,1% в 2018 году (74 из 112 женщин) и 47,1% в 2019 году (64 из 136) ($p=0,004$). В 2018 году через естественные родовые пути после предыдущего КС родила только одна женщина с двойней, в 2019 году количество таких родов возросло до 5, что составило 14,3% от всех двоен с рубцом на матке после одного КС. Доля вакуум-экстракций (ВЭ) плода составила 4,3% в 2018 году (11 ВЭ) и 7,2% в 2019 году (20 ВЭ) ($p=0,21$), за единственным исключением выполнялась ВЭ только второго плода из двойни. Возросла доля индуцированных родов при двойнях: в 2018 году 27,7% родов через естественные родовые пути были индуцированы, тогда как в 2019 году – уже 50,4% ($p=0,001$). Стоит отметить повышение частоты родов через естественные родовые пути при неправильном положении второго плода – 10,9% (11 па-

циенток) в 2018 году и 23,4% (32 женщины) в 2019 году ($p=0,021$).

При сравнении перинатальных исходов при многоплодных беременностях в 2018 и 2019 году статистически значимо оценка по Апгар не различалась при сравнении детей, рождённых в срок и преждевременно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Персонализированный подход к выбору способа родоразрешения при многоплодной беременности позволяет снизить частоту КС в данной группе, включая беременности, наступившие в результате применения ВРТ. Важным направлением является снижение частоты кесарева сечения у первородящих пациенток с двойнями. Основным резервом для снижения частоты оперативного родоразрешения при многоплодии является максимальное привлечение к естественным родам женщин с головным предлежанием первого плода, даже при неправильном положении и предлежании второго плода. Наш опыт демонстрирует положительный эффект разумного повышения частоты индукции и преиндукции родов, что позволяет избежать чрезмерно больших размеров плодов, и, как следствие, проведения кесаревых сечений по поводу аномалий родовой деятельности, а также гипотонических кровотечений вследствие перерастяжения матки.

ВЛИЯНИЕ ПОЛА ПЛОДА НА ПРОДУКЦИЮ НЕКОТОРЫХ РЕГУЛЯТОРОВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Фабрикант А.Д., Боташева Т.Л., Рымашевский А.Н.

ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ

г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Беременность потенцирует значительную перестройку метаболических процессов в женском организме, которая может сопровождаться декомпенсацией и формированием гестационного сахарного диабета.

В последние годы устойчивость к неблагоприятным эндогенным и экзогенным воздействиям во время беременности связывают с полом вынашиваемого плода, который опосредует специфическую взаимную функциональную сигнализацию между

матерью и плодом в рамках системы «мать-плацента-плод». Немаловажное значение половой диморфизм имеет для изучения патогенеза гестационного сахарного диабета: согласно результатам исследования, полученным Sheiner E. с соавторами (2004) и Т.Л.Боташевой с соавт. (2020), его возникновение более вероятно у беременных, вынашивающих мальчиков.

Большее внимание уделяется изучению центральных регуляторов пищевого поведения при нарушениях углеводного обмена. В аркуатном ядре гипоталамуса расположена одна из основных



структур, регулирующая пищевое поведение, – меланокортиновая система, нейроны которой синтезируют нейропептид Y (НПУ). Ингибируя нейроны, экспрессирующие меланокортиновые рецепторы 4-го типа, он способствует гиперфагии и снижению расхода энергии, стимулирует пролиферацию и отложение жира. Благодаря гравидарной перестройке усиливается секреция еще одного из важных регуляторов энергетического баланса, чувства насыщения, жирового и углеводного обмена – пролактина (ПРЛ). Высокие уровни этого гормона при беременности способствуют лептинорезистентности, ИР и гиперинсулинемии.

ЦЕЛЬ

Исследовать особенности гуморального отклика гуморальных подсистем материнского организма в зависимости от половой принадлежности вынашиваемого плода и углубить представление о патогенезе гестационного сахарного диабета.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 517 женщин с ГСД (253 беременных с плодами женского пола и 264 с плодами мужского). II группу «физиологическая беременность» составили 584 беременных (280 с плодами женского пола и 304 беременных с плодами мужского пола). Определение содержания исследуемых факторов в сыворотке крови пациенток осуществлялось методом иммуноферментного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Согласно результатам проведенных исследований установлено, что уровень НПУ в зависимости от половой принадлежности плода статистически значимо не отличался ($p > 0,05$), однако уровень пролактина был значимо выше на 41,2% у матерей мальчиков, что сопровождалось более тяжелым течением ГСД в этой группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неравенство продукции пролактина у беременных в зависимости от пола плода, по-видимому, связано с тестостероном плода: структурные элементы и гландуциты яичка плода, способные секретировать тестостерон, проявляют свою активность уже с 6–8 недели внутриутробного возраста преимущественно в 17–20 недель. Несколько позже на смену тестостерону приходят андрогены надпочечникового происхождения. Следовательно, в организме плода-мальчика синтез кортизола, дегидроэпиандростерона и дегидроэпиандростерона – сульфата происходит более интенсивно, и более высокие уровни этих гормонов, в том числе и пролактина, и их метаболитов, проникая к матери, усиливая анаболические процессы, липидогенез и усугубляя инсулинорезистентность, что позволяет объяснить преобладание частоты встречаемости гестационного сахарного диабета в этой группе. Кроме того, известно, что андрогены плода усиливают аппетит матери, способствуя переяданию, ожирению и развитию ГСД.

ПОЛ ПЛОДА В РЕГУЛЯЦИИ ВАЗОКОНСТРИКТОРНЫХ ПРОЦЕССОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Фабрикант А.Д., Боташева Т.Л., Рымашевский А.Н., Андреева В.О., Палиева Н.В., Заводнов О.П., Железнякова Е.В.

ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ

г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Плацента является не только барьерным органом, но, и гестационной «железой внутренней секреции», в которой активно происходят обменные процессы между матерью и плодом. Она имеет различную пропускную способность для биологических факторов и, вместе с маточной активностью, входит в состав «помпы», регулирующей кровоснабжение в маточно-плацентарно-плодовом комплексе. Известно, что автономность маточно-плацентарно-кровотока обеспечивается сменой активности специфических субстанций –

вазоконстрикторов и вазодилататоров. При гестационном сахарном диабете (ГСД) на фоне преобладания симпатoadренальной нервной регуляции этот баланс смещается в сторону спастических процессов и преобладания синтеза вазоконстрикторов, что приводит к осложненному течению беременности.

ЦЕЛЬ

Изучение уровней вазоконстрикторов (ангиотензина, эндотелина-1, норадреналина) у беременных



с ГСД в зависимости от пола вынашиваемого плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В I группу вошли 517 женщин с ГСД (253 беременных с плодами женского пола – Ia группа и 264 с плодами мужского пола – Ib группа). II группу «физиологическая беременность» составили 584 беременных (280 с плодами женского пола – IIa группа и 304 беременных с плодами мужского пола – IIb группа).

Определение содержания исследуемых факторов в сыворотке крови пациенток осуществлялось методом иммуноферментного анализа с помощью фотометра TECAN SUNRISE (Австрия); эндотелин-1 (ммоль/мл) – наборами фирмы BIOMEDICA GRUPPE (Германия); адреналин инорадреналин (нг/мл) – наборами фирмы IBL (Германия).

Статистическую обработку данных проводили с использованием непараметрических критериев Краскала-Уоллиса для независимых выборок и U-критерием Манна-Уитни при уровне значимости $p < 0,05$ (пакеты прикладных программ MS OFFICE EXCEL 2010 и IBM SPSS 25.0.0.2).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ данных показал, что в случае ГСД уровень ангиотензина был статистически значимо выше

у матерей мальчиков: в I триместре на 38,6% и в III на 36,9%. Аналогичная динамика показателей установлена в содержании эндотелина: у беременных, вынашивающих мальчиков его уровень был на 64,7% и 42,8% соответственно выше по сравнению с беременными, вынашивающими девочек. Уровень норадреналина значимо преобладал также у матерей мальчиков (на 21,45 в I триместре и на 18,9% в III триместре), также как и уровень Adr, который был значимо выше (на 31,2% и 26,4% соответственно) у матерей мальчиков при ГСД.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Относительно высокие уровни эндотелина-1, по-видимому, связаны с повреждением эндотелия сосудов, его дисфункцией и нарушением перфузии плаценты при ГСД, более выраженные у матерей мальчиков, а также в связи со снижением чувствительности к рецепторам эндотелина-1 (Swiderski S. с соавторами, 2010), Преобладающие же уровни адреналина у матерей мальчиков объясняются более выраженной стрессированностью у них, а также реализацией контринсулярных влияний. Подъем уровня норадреналина за счет большего сродства к альфа-адренорецепторам обуславливает подготовку мускулатуры матки к родам.

ЗНАЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ФОРМИРОВАНИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Фотина Е.В., Закирова Р.Р., Алексеенкова М.В., Панина О.Б.

*МНОЦ МГУ имени М.В.Ломоносова
г. Москва*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Невынашивание беременности и преждевременные роды были и остаются одной из важных проблем акушерства. Одной из наиболее значимых патологий, ассоциированной с данными явлениями, считается истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Механизм прерывания беременности при ИЦН связан с нарушением способности шейки матки противостоять давлению со стороны плода. В условиях укорочения и размягчения, шейка матки не способна оставаться сомкнутой и полноценно выполнять запирающую функцию. Соединительная ткань составляет до 80% ткани шейки матки. В связи с этим нельзя исключить,

что дефекты коллагеновых волокон шейки матки, которые выявляются при недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ндСТ), могут становиться причиной развития ИЦН.

ЦЕЛЬ

Оценить значение недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ндСТ) в формировании истмико-цервикальной недостаточности и ее влияние на течение беременности и родов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 60 пациенток репродуктивного возраста с ИЦН, диагностированной в настоящую беременность. Проводилась оценка течения на-



стоящей беременности, родов. В соответствии с модифицированной балльной шкалой оценки дисплазии соединительной ткани пациентки разделены на 3 группы. Первая группа – 21 пациентка без признаков нДСТ, вторая группа – 25 пациенток с легкой степенью нДСТ, третья группа – 14 пациенток со средней и тяжелой степенью нДСТ. Выраженность проявлений дисплазии соединительной ткани оценивали по данным о состоянии здоровья, особенностям гинекологического и акушерского анамнеза, течению беременности, родов и послеродового периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациенток с более выраженной нДСТ ткани наблюдалось более раннее и более значимое укорочение шейки матки и раскрытие внутреннего зева. Была выявлена обратная связь между степенью тяжести нДСТ в баллах и сроком постановки диагноза ИЦН (коэффициент корреляции Спирмена = $-0,26$). Медиана срока постановки диагноза в первой группе составила 20–21 недель беремен-

ности, во второй группе – 19–20 недель в третьей группе – 16–17 недель беременности. Была выявлена обратная связь между степенью тяжести нДСТ в баллах и длиной шейки матки по данным УЗИ на момент постановки диагноза (коэффициент корреляции Спирмена = $-0,29$), а также прямая связь между степенью тяжести нДСТ в баллах и степенью расширения внутреннего зева по данным УЗИ (коэффициент корреляции Спирмена = $0,28$). Также отмечено, что у пациенток высокой балльной оценкой нДСТ достоверно чаще происходили преждевременные роды ($p = 0,02$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Умеренная и выраженная нДСТ влияет на развитие акушерских осложнений у пациенток с ИЦН. Данная группа пациенток имеет тенденцию к более частому преждевременному началу родовой деятельности и соответственно требует проведения своевременной коррекции ИЦН для пролонгирования беременности до доношенного срока.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА

Ходжаева З.С., Снеткова Н.В., Муминова К.Т., Абрамова М.Е., Есаян Р.М.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время стремительно растущая частота гестационного сахарного диабета (ГСД) диктует необходимость пересмотра не только ранней диагностики, но и оптимизации лечебных подходов. Выделение пациенток риска по назначению инсулинотерапии и, соответственно, строгий мониторинг их образа жизни является актуальной задачей.

ЦЕЛЬ

Возможности прогнозирования назначения инсулинотерапии при гестационном сахарном диабете по результатам перорального глюкозо-толерантного теста (ПГТТ)

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено одномоментное сравнительное исследование, в котором было обследовано 220 женщин и проведен ПГТТ в 24–28 недель беременности. I

группу составили 118 пациенток с ГСД, IA подгруппу – 94 пациентки с ГСД (диетотерапия), IB группу – 24 пациентки с ГСД (инсулинотерапия), II группу – 102 соматически здоровых беременных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении ПГТТ у 82 из 220 (37,3%) беременных уровень глюкозы натощак в венозной плазме крови составил $\geq 5,1$ ммоль/л; впоследствии 24 из их числа (29,3%) была назначена инсулинотерапия. При дальнейшем проведении нагрузочного теста у 21 из 138 (15,2%) беременных отмечалась повышение гликемии во второй точке (через 1 час), 3 из них впоследствии потребовалась инсулинотерапия. У 23 из 138 (16,7%) беременных имело место повышение гликемии в третьей точке (через 2 часа), двум из которых в дальнейшем была назначена инсулинотерапия. У 9 женщин гипергликемия отмечалась во 2-ой и в 3-ей точках, одной из них была назначена инсулинотерапия.



В подгруппе IA отмечалось статистически значимое повышение гликемии спустя 2 часа – $8,63 \pm 0,26$ ммоль/л ($p=0,001$). У пациенток IB подгруппы уровень гликемии имел более высокие цифры во всех трех точках. Срок беременности при назначении инсулинотерапии составил $29,7 \pm 0,6$ недель.

Таким образом, инсулинотерапия (подгруппа IB) была назначена 24 из 82 беременных с ГСД (29,3%), из их числа 20 (83,3%) – при повышении уровня тощаковой глюкозы и неэффективности диетотерапии, двум – при повышении уровня глюко-

зы во второй точке (8,4%), одной – в третьей точке (4,15%), одной – во второй и третьей точках (4,15%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ результатов ПГГТ свидетельствует о важной роли тощаковой гипергликемии у беременных, являющейся наиболее частой причиной назначения инсулинотерапии вследствие неэффективности диетотерапии.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ ПЕЧЕНИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ БЕРЕМЕННЫХ

Чемортан Мария

*Государственный университет медицины и фармации имени «Николая Тестемицану»
г. Кишинев*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Внутрипеченочный холестаза беременных (ВХБ) характеризуется кожным зудом и изменениями в функциональных пробах печени (ФПП), осложняя около 0,5–1% всех беременностей. Среди женщин с ВХБ наблюдается рост числа преждевременных родов, многоплодных беременностей и неблагоприятных исходов плода.

ЦЕЛЬ

Проанализировать функциональные пробы печени и перинатальные исходы у женщин с ВХБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено ретроспективное исследование в рамках Института Матери и Ребенка, г. Кишинев, включившее 55 женщин с установленным диагнозом ВХБ (исследуемая группа, группа А), а также 70 детей, рожденных матерями с ВХБ. Группа контроля включала 150 женщин с нормально развивающейся беременностью (группа Б) и 152 ребенка, рожденных этими женщинами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин, включенных в исследование, составил $30,3 \pm 5,8$ лет в группе А и $27,7 \pm 7,2$ лет в группе контроля. Исследование ФПП в группе женщин с ВХБ показало следующие средние значения: АЛТ $83,2 \pm 13,4$ ед/л, АСТ $66,2 \pm 9,7$ ед/л, щелочная фосфатаза $491,2 \pm 33,3$ ед/л, общий билирубин $11,7 \pm 3,3$ μ моль/л. Относительный лейкоцитоз был выявлен в 29,0% случаев, С-реактивный

белок был исследован в 11 случаях, из которых у 2 женщин наблюдалось повышение его значений до 12 и 24 μ г/мл соответственно. Среднее значение NLR в исследуемой группе составило $4,12 \pm 2,8$, в группе контроля – $3,87 \pm 2,3$. Преждевременные роды в группе с ВХБ имели место в 13 случаях (23,6 \pm 5,9%), в 2 из которых срок беременности на момент родов составлял 29–30 недель. В группе Б частота преждевременных родов составила 9,3 \pm 2,2%. Стоит отметить, что у женщин с ВХБ в 54,5% случаев имело место родоразрешение путем операции кесарева сечения, из которых 60% операций было проведено в срочном порядке. В сравнении с группой контроля, в которой операция кесарева сечения была проведена в 24,0% случаев, из которых срочные операции составили 52,7%. У 11 женщин с ВХБ родились двойни, у 2 женщин – тройни, в сравнении с группой Б, где лишь в 2 случаях наблюдалась многоплодная беременность (двойни). Средняя масса плода при рождении составляла 2873 ± 726 гр. в группе А и 3453 ± 552 гр. в группе Б. Оценка ниже 7 по шкале Апгар на 1 минуте наблюдалась в 12,8% случаев детей, рожденных матерями с ВХБ и 2,6% детей из группы контроля, на 5 минуте – у 5,7% новорожденных из группы А. В контрольной группе не было случаев оценки ниже 7 по шкале Апгар на 5 минуте жизни. Анализируя полученные данные с точки зрения перинатальной заболеваемости, было установлено, что диагноз респираторного дистресса был установлен у 6 детей (8,6%)



из группы А, 5 из которых (83,3%) нуждались во введении сурфактанта. В сравнении с группой Б, где данный диагноз был установлен в 0,7% случаев. Частота врожденных аномалий внутриутробного развития плода существенно не отличалась в обеих группах. В среднем, новорожденные из группы А находились в стационаре $7,7 \pm 7,7$ дней, тем не менее, в 3 случаях длительность пребывания в стационаре составила 37 дней. В группе Б этот показатель составил $4,2 \pm 2,8$ дней. Следует отметить, что 18,6% детей из исследуемой группы нуждались в переводе на второй этап ухода за новорожденными, в сравнении с 7,2% из группы Б.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Было выявлено значительное изменение в функциональных пробах печени у женщин с ВХБ. Неблагоприятный исход для новорожденного обусловлен высокой частотой преждевременных родов у женщин с ВХБ. Новорожденные из исследуемой группы, нуждались в длительном пребывании в стационаре, комплексном уходе и не редко были повторно госпитализированы по различным медицинским показаниям в течение первого года жизни.

АКУШЕРСКИЕ И УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕССАРИИ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА-НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ИЦН И ПРОЛАПСА ГИНЕТАЛИЙ

Шнейдерман М.Г., Шнейдерман М.М.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди эффективных консервативных способов лечения истмико-цервикальной недостаточности и опущения тазовых органов широкое применение находят акушерские и урогинекологические пессарии.

ЦЕЛЬ

Изучение имеющихся разновидностей пессариев, в основном, зарубежных выявило ряд недостатков в их конструкции и наступающих осложнений при их использовании: чувство дискомфорта, боли, смещение и выпадение, обильные влагалищные выделения и образование пролежней на стенке влагалища. Создание новых отечественных моделей пессариев весьма актуально и своевременно.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Разработанные в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» новые модели акушерского и урогинекологического пессария изготовлены из высококачественного силикона определенной упругости и плотности по Шору, специально подобранного для оптимального использования пессария. Отличительной особенностью новых пессариев является наличие четырех полукруглых вырезов с внешней поверхности кольца с симметричным расположением и четырех полукруглых выпуклостей с внутренней стороны кольца.

Преимущество новой модели акушерских и урогинекологических пессариев перед существующими образцами состоит в следующем:

- Наличие четырех выпуклостей с внутренней стороны кольца предупреждает раскрытие шейки матки при истмико-цервикальной недостаточности у беременных женщин.
- Происходит дополнительная фиксация пессария во влагалище за счет наружных вырезов и отсутствует смещение и выпадение пессария при физических нагрузках, кашле, чихании и натуживании.
- Благодаря наружным вырезам повышается удобство введения пессария во влагалище.
- Понижается возможность развития пролежней и язв на слизистой влагалища.
- Увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого (через наружные вырезы).
- Антимикробное покрытие способствует предупреждению развития бактериальных осложнений во влагалище.
- Отсутствуют аллергические осложнения.
- Отмечается легкость и безболезненность удаления пессария из влагалища.



РЕЗУЛЬТАТЫ

Испытания новой модели акушерского пессария проведенные на 486 беременных женщинах (при сроках от 18 до 34 недель беременности) с диагностированной ИЦН показали их высокую надежность. Оптимальное время использования пессария – от 17 недель до 37 недель беременности

Испытания модифицированной модели урогинекологического пессария проведенные на 840 женщинах с диагностированным опущением органов малого таза раскрыли их высокую эффективность. Оптимальное время использования урогинекологического пессария – от 20 до 25 дней, после чего вечером пессарий извлекается, промывается теплой водой и утром снова вводится во влагалище на следующие 20–25 дней.

Принципиально новой является модифицированная модель послеродового пессария с четырьмя вертикальными силиконовыми «лепестками», исходящих от нижней поверхности кольца не дающих пессарию сместиться и надежно удерживающие тело матки в правильном анатомическом положении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение в практику, усовершенствованной модели акушерского и урогинекологического пессариев, разработанных в ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова» дает возможность с успехом применять эти модели как для сохранения беременности при ИЦН, так и для лечения и профилактики опущения стенок влагалища и матки, стрессового недержания мочи.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОНОХОРИАЛЬНОЙ ДИАМНИОТИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА

Щеголев А.И., Туманова У.Н., Ляпин В.М., Тетруашвили Н.К.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Развитие многоплодной беременности сочетается с повышенным риском развития осложнений как со стороны матери, так и со стороны плода. В 15–25% наблюдений монохориальной двойни отмечается задержка роста одного или обоих плодов, наиболее частой причиной развития которой считается нарушение плацентарно-плодного кровообращения.

ЦЕЛЬ

Сравнительный морфологический анализ монохориальных диамниотических плацент при селективной задержке роста плода (СЗРП) и нормальном развитии плодов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено макроскопическое изучение 33 монохориальных диамниотических плацент, полученных после родов на сроках 27–37 недель. На основании истории родов наблюдения были разделены на две группы: 1-ая группа – наблюдения с СЗРП (n=13), 2-ая группа – наблюдения без СЗРП (контрольная группа) (n=20). Согласно историям родов, верификация монохориальной диамниотической плаценты проводилась на основании выявления одного плодного яйца, содержащего два живых плода и два амниона, при эхографиче-

ском исследовании беременных на сроках 14 недель. Диагностика СЗРП проводилась при двух последовательных УЗИ с периодичностью 1 раз в 1 или 2 недели в случаях. Заключение о СЗРП делали если масса одного из плодов менее 10 процентов от нормативных значений и/или окружность живота одного плода меньше окружности второго плода более 10%, и/или разница рассчитанных масс плодов составляла более 25%.

При макроскопическом исследовании плацент определяли их массу, площади плацентарных площадок, на основании которых рассчитывали степень дискордантности плацентарных площадок и особенности прикрепления пуповин.

Статистическую обработку полученных данных проводили в программе Statistica 8.0 (StatSoft, Inc.) с определением среднего значения, стандартного отклонения, ошибки среднего. За статистически значимое принималось значение при $p < 0.05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате морфологического изучения установлено, что среднее значение массы монохориальной диамниотической плаценты в 1-ой группе (при СЗРП) на 5,2% меньше аналогичного значения во 2-ой группе (без СЗРП) ($p > 0,05$). При этом в наблюдениях 1-ой группы относительная доля



XXI ВСЕРОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
Мать и Дитя – 2020

28–30 СЕНТЯБРЯ 2020 ГОДА
Московская область, г. Красногорск,
МВЦ «Крокус Экспо», 3 павильон, 4 этаж, 20 зал

Авторы ▶

Содержание ▶

Постерные доклады ▶

Тезисы ▶

В начало ▶

площади большей и меньшей плацентарной площадки от общей площади плаценты составляла 59,2% и 40,8% соответственно. В наблюдениях 2-ой группы относительная доля площади большей и меньшей плацентарной площадки составляла 57,7% и 42,3% соответственно. Рассчитанные средние значения дискордантности плацентарных площадок в 1-ой группе на 7,4% превышали аналогичные значения 2-ой группы ($p > 0,05$).

В результате анализа особенностей прикрепления пуповин отмечено, что патологические прикрепления (оболочечное и краевое) в 1-ой группе (при СЗРП) составили 46,2% (6 из 19), а во 2-ой группе (без СЗРП) – 31,6%. При этом среднее расстояние между точками прикрепления пуповин в наблюдениях 1-ой группы на 2,5 см было меньше аналогичного расстояния во 2-ой группе. Со-

ответственно рассчитанные средние значения линейного показателя прикрепления пуповин в 1-ой группе на 3,6% превышали аналогичные значения 2-ой группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Монохориальные диамниотические плаценты, ассоциирующиеся с СЗРП, характеризуются меньшей массой плацентарного диска, но большими значениями дискордантности плацентарных площадок и линейного показателя прикрепления пуповин по сравнению с наблюдениями без СЗРП. Выявленные морфологические изменения рекомендуют рассматривать в качестве факторов риска развития СЗРП при монохориальной диамниотической беременности.



ГИНЕКОЛОГИЯ

ВЛИЯНИЕ Т-ОБРАЗНОЙ ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИИ МАТКИ И ПРОМЕЖУТОЧНЫХ ЕЕ ФОРМ НА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ЭКО

Адамян М.А., Тохунц К.А., Кайфаджян К.Г., Худавердян А.Д.

*Наури медицинский центр
г. Ереван*

АКТУАЛЬНОСТЬ

В связи с все более возрастающим применением трехмерного УЗ исследования при обследовании пациенток с бесплодием многие исследователи отмечают, что частота врожденных аномалий полости матки превышает традиционно приводимую в литературе, достигая по данным некоторых авторов 25–32% среди пациенток, страдающих бесплодием и привычными выкидышами. Т-образная врожденная аномалия полости матки относится к наименее изученным, а исследования относительно влияния этой аномалии на результаты ЭКО и исходы беременностей единичны. В 2019 г. экспертной группой CUME были разработаны морфометрические критерии Т-образной аномалии полости матки: величина Т-угла < 40°, латерального угла < 130°, и толщина миометрия в области латерального угла > 7 мм и пограничной или промежуточной формы Т-образной аномалии (при наличии 2 параметров).

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилось изучение влияния Т-образной аномалии полости матки и пограничных ее форм на результаты ЭКО и исходы беременности в одном цикле эмбриотрансфера с переносом 1 замороженного/оттаявшего эмбриона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное когортное исследование включены 388 соматически здоровых пациенток, страдающих различными формами бесплодия, которым в процессе обследования было произведено 3D УЗ исследование полости матки с ее оценкой в стандартизованном среднем коронарном сечении согласно предложенным критериям.

Средний возраст пациенток 31,7±4,8 лет, продолжительность бесплодия 7,7±4,0 лет.

По УЗ морфологии полости матки пациентки были разделены на группы: группа 1 – 266(68,8%)

пациенток с нормальной полостью матки, группа 2 – 27(7%) пациенток с Т-образной аномалией полости матки, группа 3 – 73(18,8%) с пограничными формами Т-образной аномалии и группа 4 – 22(5,7%) пациентки с другими аномалиями полости матки. Сравнение производилось между пациентками с нормальной полостью матки, пациентками с Т-образной аномалией полости матки и пограничными формами Т-образной аномалии. Эмбриотрансфер производился при толщине М-эхо 9,8 ± 1,2 мм, при гомогенной, трехслойной структуре эндометрия (grade А/В, с наличием васкуляризации в зонах 3–4).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота наступления беременности в группах 1,2,3 была примерно одинаковой, составляя 40,7 – 42,5%, в то время как только 36,4% пациенток группы 2 имели срочные роды (против 81,8% в группе 1 и 61,3% в группе 3. Преждевременные роды до 37 нед. и выкидыши также наблюдались значительно чаще в группах 2 и 3 (27,3% и 19,4% преждевременных родов против 9,1% в группе 1), (27,3% и 12,9% выкидышей против 7,3% в группе 1) В группе пациенток с промежуточными формами Т-образной матки худшие исходы беременностей наблюдались при сочетании признаков: толщина миометрия в области латерального угла > 7мм (чем больше, тем хуже) и латеральный угол < 130° (чем меньше, тем хуже). Величина Т- угла не оказывала влияния на исходы беременностей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Фактически, Т-образная аномалия матки не оказывала влияния на % наступления беременности, но сопровождалась повышенной частотой выкидышей и преждевременных родов. В случае промежуточных форм также не выявлено различия в частоте наступления беременности, но выявлено повышенное количество преждевременных родов и выкидышей у пациенток с увеличенной толщиной миометрия в области латерального угла и меньшей величиной латерального угла.



ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Ахапкина Е.С., Батырова З.К., Уварова Е.В., Чупрынин В.Д.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота развития мюллеровых аномалий составляет 0,2–0,4% среди населения в целом и 3–13% среди пациенток с бесплодием. Пороки развития матки могут нарушать имплантацию и плацентацию, что приводит к бесплодию или осложнениям во время беременности. Прогноз репродуктивных исходов зависит не только от типа порока и уровня нарушения, но и от сопутствующей гинекологической патологии и осложнений. Поэтому не вызывает сомнения, что вовремя диагностированная патология и выполненное хирургическое вмешательство могут облегчить решение вопросов будущей беременности и родов у таких пациенток.

ЦЕЛЬ

Цель исследования: определить интраоперационную частоту и характер осложнений при пороках развития половых органов у девочек-подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективный анализ данных 252 пациенток в возрасте от 11–20 лет с пороками развития мочеполовой системы получивших хирургическое лечение в отделении гинекологии детского и юношеского возраста ФГБУ «НМИЦ АГП ИМ. В. И. Кулакова МЗРФ с 2012 по 2019 год. Уточняли объем операции, интраоперационные находки и осложнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В большинстве случаев аномалии развития матки и влагалища корректировались лапароскопически, причиной вмешательства чаще всего являлись обструктивные пороки внутренних половых органов. У 70,2% прооперированных впервые, уже имели место различные осложнения связанные с нарушением оттока менструальной крови. Эндометриоидное поражение внутренних половых органов было выявлено у 48 (19%) пациенток. Интересным оказалось, что эндометриоз встречался

в 2 раза чаще при пороках, сопровождающихся аномалиями тела матки в сочетании с аплазией влагалища ($p=0,04174$). Объемные образования яичников доброкачественного характера в когорте выделенных пациенток встречались в 4 раза реже чем эмбриональные кисты широкой связки ($p=0,03428$).

Спаечный процесс был обнаружен у 25% девочек, не имевших ранее оперативных вмешательств, встречаясь значимо чаще при сочетании аплазии влагалища и аномалии тела матки ($p=0,00025$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наличие аномалии развития мочеполовой системы у девочки повышают риск развития состояний отрицательно влияющих на фертильность и общее здоровье девочек, поэтому требуют своевременной комплексной диагностики и лечения предпочтительно с использованием видеоэндоскопических технологий.



ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ С ВЫСОКОЙ ТЕХНОГЕННОЙ НАГРУЗКОЙ

Базарова З.Н., Андреева М.В.

*Клиника Семейной Медицины Волгоградского Государственного Медицинского Университета
г. Волгоград*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Менструальная функция является биологическим индикатором, отражающим благополучие или неблагополучие условий проживания женской популяции. Многочисленные исследования свидетельствуют об отрицательном воздействии техногенных факторов на становление репродуктивной функции девочек-подростков. К региону с высокой техногенной нагрузкой относится г. Волжский Волгоградской области, где проживали девочки 15–17 лет, матери которых во время беременности были жительницами данного региона.

ЦЕЛЬ

Изучение особенностей репродуктивного здоровья девочек-подростков г. Волжского.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено комплексное многоэтапное обследование 384 девочек в возрасте 15–17 лет, которые проживали на территории с высокой техногенной нагрузкой в г. Волжском (198 чел.) – основная группа, и в районе относительного экологического благополучия (РЭН) – в центральном районе г. Волгограда (186 чел.) – группа сравнения. Обследование девочек-подростков проводилось в соответствии с общепринятыми клиническими рекомендациями и приказом №572н. Изучались показатели физического, полового развития, характеристики менструального цикла.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенного исследования установлено, что средний возраст наступления менархе у девочек г. Волжского составил $12,6 \pm 0,1$ года, в группе сравнения $12,1 \pm 0,1$ ($p > 0,05$). При изучении характеристик менструального цикла обследованных, проживающих в г. Волжском выявлено, что почти у половины девочек (46,5%) были различные нарушения менструальной функции, в центральном районе нарушения менструальной функции были у каждой третьей (27,2%) ($p < 0,05$). Наиболее часто диагностировались дисменорея: в основной группе – 45,6%, в группе срав-

нения 38,6% ($p > 0,05$). В основной группе олигоменорея встречалась у 28,4% обследованных, а в группе сравнения у 15,6% ($p < 0,05$). Третье место по распространенности в основной группе занимала аменорея 19,2%, в группе сравнения этот показатель составил 12,5% ($p > 0,05$). Частота нарушений менструальной функции в виде обильных и частых менструаций была невысокой в основной группе – 6,8%, в группе сравнения эта патология менструальной функции стояла на втором месте по распространенности и была диагностирована у 33,3% ($p < 0,05$). Высокая распространенность нарушений менструального цикла среди девочек-подростков г. Волжского связана с воздействием на их организм неблагоприятных факторов окружающей среды, в первую очередь связанных с длительной высокой техногенной нагрузкой, начиная с антенатального периода. Кроме того, учитывая подростковый возраст – критический период для развития патологии менструального цикла, принимались во внимание любые, даже небольшие его расстройства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявлена высокая частота нарушений репродуктивного здоровья у девочек-подростков, проживающих в условиях экологического неблагополучия (территория с высокой техногенной нагрузкой). Это проявилось в патологии менструальной функции, выявленной почти у половины обследованных. Ведущее место по распространенности занимала дисменорея. Это может быть связано со снижением процессов стрессоустойчивости, характерных для подростков, проживающих в неблагоприятных экологических условиях.



ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ В 1 ТРИМЕСТРЕ

Балакшина Н.Г., Усенко Н.Н., Колпацников Д.В.

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения Томская областная клиническая больница

г. Томск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре причин потери беременности в 1 триместре значимое место занимает неразвивающаяся беременность, самопроизвольный выкидыш, прерывание по медицинским показаниям.

ЦЕЛЬ

Изучить демографические особенности потери беременности в 1 триместре в различных возрастных группах, поступивших в гинекологическое отделение ОКБ

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пролежено 111 беременных в сроки от 5 до 21 нед: с неразвивающейся беременностью – 47(42%); самопроизвольным выкидышем – 17(16%); прерыванием по медицинским показаниям – 47(42%) пациенток.

Возраст больных был от 14 до 44 лет: от 14 до 17 лет – 23 (21%) чел; от 18 до 29 лет – 30 (27%); от 30 до 39 лет – 44 (40%); от 39 до 44 лет – 14 (12%). Срок беременности от 5 нед до 12 нед был у 81 (71%) пациентки, от 12 до 21 нед – у 30 (29%). Беременность была первой у 38 (34%) женщин, второй – у 18 (16%); третьей и последующей – у 55 (50%).

Перенесли гинекологические операции 6 пациенток : тубэктомия по поводу эктопической беременности (1); диатермокоагуляция яичника по поводу апоплексия (2); миомэктомия (1); вскрытие абсцесса бартолиновой железы (2). Менструальный цикл был регулярным у 89 (80%); нерегулярным – у 22 (20%). Соматическая патология в анамнезе отмечена у 35 (31%) пациенток: ОРВИ (22); артериальная гипертензия (3), заболевания желудочно-кишечного тракта (5); вирусный гепатит С и ВИЧ (5). Перенесенные хирургические вмешательства были у 9 больных: аппендэктомия (3); холецистэктомия (2), тромбэктомия при тромбозе нижних конечностей (1); катетеризация или стентирование мочеточников при пиелонефрите (3). Все пациентки были обследованы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все женщины, направленные на прерывание беременности по медицинским показаниям в сроки от 5 до 12 нед (37 чел) имели заключение врачебной комиссии. Среди них 23 (62%) пациентки были в возрасте от 14 до 17 лет. У 6 пациенток в сроки беременности от 12 до 21 нед было заключение Перинатального консилиума, где показаниями были пороки развития плода, несовместимые с жизнью. Всем им проведено медикаментозное прерывание беременности с благополучным исходом. У 2 пациенток в сроки 18 и 21 нед выполнено малое кесарево сечение по экстренным показаниям в связи с маточным кровотечением и отслойкой низко расположенной плаценты. У 2 женщин были органосохраняющие операции (экстирпация матки) : в 1 сл выявлена саркома матки при беременности 19 нед; в 1 сл установлена шейечно-перешеечная локализация беременности 18 нед с прорастанием плаценты в рубец до серозной оболочки после 2 БКС.

При неразвивающейся беременности в 47 сл и самопроизвольном выкидыше в 7 сл женщинам проведен медикаментозный аборт, при этом в 8 сл проведена ревизия полости матки в связи с задержкой хориона и маточным кровотечением. У 10 пациенток с самопроизвольным выкидышем выполнено инструментальное удаление беременности в сроки 7 – 8 нед. Все пациентки выписаны в удовлетворительном состоянии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ показал, что среди потерь в 1 триместре преобладали неразвивающаяся беременность в возрастной группе 30 – 39 лет. Медицинские показания к прерыванию беременности преобладали в сроки до 12 нед у пациенток в возрастной группе 14 – 17 лет. Эффективным методом прерывания беременности был медикаментозный аборт.



ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ПРЕЭКЛАМПСИИ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ НЕДИАГНОСТИРОВАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Зазерская И.Е., Беттихер О.А., Рябоконе Н.Р.

ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова» МЗ РФ

г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Своевременная дифференциальная диагностика изолированной преэклампсии (ПЭ) и ПЭ, развившейся на фоне ранее недиагностированной хронической артериальной гипертензии (ХАГ) влияет на принятие решения о возможных сроках протонирования беременности и подбора эффективной антигипертензивной терапии при наличии выраженного гипертензивного синдрома у пациентки без проявлений полиорганной недостаточности. Зачастую срок родоразрешения является определяющим фактором здоровья новорожденного. Общепринятые методы не всегда позволяют четко дифференцировать вышеупомянутых пациенток на этапе развернутой клинической симптоматики ПЭ. Единственным доступным методом выявления маскированной ХАГ при отсутствии повышений АД в дневное время, согласно клиническим рекомендациям от 2016г., является суточное мониторирование АД в первой половине беременности.

ЦЕЛЬ

Расширение возможностей дифференциальной диагностики изолированной ПЭ – без анамнеза ХАГ и ПЭ, развившейся на фоне ранее недиагностированной ХАГ у пациенток с высокой гипертензией и отсутствием признаков полиорганной недостаточности при сомнении в диагнозе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование включало клинико-лабораторную оценку симптомов ПЭ, липидограммы, скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) и индекса аугментации (ИА). СРПВ и ИА измерены аппаратом VPLab с программным обеспечением «Vasotens». Всего в исследовании изучено 29 показателей. Пациентки (n=83) включены в группы в зависимости от наличия ХАГ согласно критериям протокола лечения «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия» от 2016 г.: 48 пациенток без анамнеза ХАГ, 35 пациенток

с ХАГ. Использован статистический метод обобщенной линейной модели дискриминантного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее значимыми показателями из примененных для разделения пациенток по наличию анамнеза ХАГ оказались СРПВ и ИА в дополнение к общеклиническим – максимальному систолическому АД за период госпитализации и концентрации аспаратаминотрансферазы (АСТ) сыворотки крови. В результате была получена классификационная функция, определяемая по формулам:

$$S1 = 0,6505 * \text{МаксСАД} + 5,5947 * \text{СРПВ} + 17,7756 * \text{LogACT} - 0,4911 * \text{ИА} - 90,5509$$

$$S2 = 0,744 * \text{МаксСАД} + 6,614 * \text{СРПВ} + 20,27 * \text{LogACT} - 0,583 * \text{ИА} - 121,244,$$

Критерии диагностики: при значении $S1 > S2$ диагностируют изолированную преэклампсию, а при $S2 > S1$ – ПЭ, развившейся на фоне недиагностированной ХАГ (чувствительность 89%, специфичность – 91%, точность классификации – 87%).

Способ прост в использовании, может быть выполнен средним медицинским персоналом, не требует больших финансовых затрат и позволяет врачу быстро с высокой точностью провести дифференциальную диагностику состояний и принять решение о возможных сроках протонирования беременности и подборе медикаментозной антигипертензивной терапии, выборе целевых значений АД. В частности, именно для коррекции высокой гипертензии (гипертонического криза) у пациенток с ХАГ, согласно национальным рекомендациям кардиологов от 2018г., высокоэффективным является введение нитроглицерина парентерально в отличие от пациенток с изолированной ПЭ без анамнеза ХАГ.



СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ДИСЛИПИДЕМИЯ: РОЛЬ НОВОЙ ЕСТЕСТВЕННОЙ АССОЦИАЦИИ

Веджижева Э.Р.

ГБУ «ГКБ 57 имени Д.Д. Плетнева ДЗМ» Центр здоровой семьи
г. Москва

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является наиболее распространенной эндокринопатией у женщин фертильного возраста и связан как с репродуктивными, так и с метаболическими нарушениями. Среди метаболических нарушений, наблюдающихся при СПКЯ, дислипидемия является одним из наиболее распространенных состояний. Отсутствие четкого понимания альтераций жирового обмена у женщин с СПКЯ затрудняет их диагностику, что зачастую делает недостаточно эффективными и безопасными терапевтические подходы.

В связи с чем, целью исследования явилось оценить особенности жирового обмена у женщин с СПКЯ.

Были обследованы 37 женщин фертильного возраста (средний возраст 26,8±6,3 лет) с верифицированным диагнозом СПКЯ и различным антропометрическим профилем. Группу контроля составили 20 здоровых женщин с нормальной массой тела и регулярным менструальным циклом.

Всем пациенткам проводилось клиническое и лабораторно-инструментальное обследование с оценкой антропометрических параметров, биохимических и метаболических показателей.

Среди выявленных метаболических нарушений избыточная масса тела наблюдалась у 21,4% женщин с СПКЯ, ожирение 1 ст. – у 32,1%, ожирение 2 ст. – у 35,7% и ожирение 3 ст. – у 10,8%. Женщин с верифицированным диагнозом СПКЯ и нормальной массой тела было 24,3%.

Среди обследованных пациенток с СПКЯ у 51,4% было выявлено ожирение и биохимические альтерации липидного обмена, у 24,3% ИМТ был <25 кг/м², однако диагностировалась дислипидемия и у 24,3% антропометрический и липидный профили были в норме.

У 75,7% женщин с СПКЯ наблюдались нарушения менструального цикла по типу олиго/аменореи и у 54,0% – нарушения фертильности (37,8% – бесплодие, 16,2% – невынашивание беременности).

На основании анализа результатов клинико-лабораторного обследования у женщин с СПКЯ уровень общего холестерина был значимо выше по сравнению с контрольной группой (5,3±0,38 и 4,27±0,55 соответственно; $p=0,037$), так же как и уровни липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) (3,49±0,3 и 2,61±0,36 соответственно; $p=0,022$) и триглицеридов (ТГ) (1,53±0,37 и 0,79±0,27 соответственно; $p=0,031$). Уровень липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) у пациенток с СПКЯ был ниже по сравнению с контрольной группой (1,26±0,23 и 1,62±0,11; $p=0,048$). При этом у большинства пациенток с СПКЯ показатели липидограммы были в пределах референсных значений. Уровни метаболических гормонов также существенно различались между группами: лептин и инсулин были выше у пациенток с СПКЯ (25,2±7,2 и 12,8±3,1) по сравнению с контрольной группой (7,5±1,84 и 5,2±1,24), а грелин – ниже (838,3±92,4 и 1627,1±109,1 соответственно) ($p<0,005$).

Полученные в результате проведенного исследования данные свидетельствуют о высокой частоте нарушений липидного обмена у женщин с СПКЯ вне зависимости от ИМТ. Ожирение, в свою очередь, является дополнительным неблагоприятным фактором, усугубляющим данные нарушения, характеризующиеся повышением уровней общего холестерина, ТГ, ЛПНП, а также снижением уровня ЛПВП. Высокая частота дислипидемии у женщин с СПКЯ сопряжена с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и патологии гепатобилиарной системы, что указывает на необходимость разработки дополнительных терапевтических мероприятий, направленных на профилактику и лечение данных заболеваний. Таким образом, всем пациенткам с подозрением на СПКЯ вне зависимости от антропометрических данных необходимо проводить оценку липидного профиля.



ВЛИЯНИЕ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ МАТОЧНОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Жуманова Е.Н., Колгаева Д.И., Корчажкина Н.Б., Лядов К.В., Конева Е.С.

АО ГК МЕДСИ

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из причин нарушения кровотока в маточных артериях при ректоцеле является изменение анатомической конгруэнтности матки и прямой кишки. За счет диссинергии тазовых мышц происходит смещение слоев матки, сдавление и травмирование сосудов и капилляров.

ЦЕЛЬ

Оценить влияние общей магнитотерапии на состояние маточного кровотока у пациентов с пролапсом гениталий после хирургического лечения по поводу ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данные 200 женщин детородного, пери- и менопаузального возраста с ректоцеле II-III степени и 20 практически здоровых женщин сопоставимого возраста, результаты которых принимались за значения «нормы». Все пациенты разделены 4 сопоставимые группы: основную, сравнение 1, сравнение 2 и контрольную.

РЕЗУЛЬТАТ

Всем пациентам 4-х групп после оперативного лечения цистоцеле и ректоцеле в позднем послеоперационном периоде применялись реабилитационные программы, симптоматическая терапия, включающая в разных сочетаниях курс общей магнитотерапии и электромиостимуляции с биологической связью мышц тазового дна, процедуры внутривлагалищной фракционной микроаблятивной терапии CO₂ лазером и специальный комплекс лечебной физкультуры. В результате проведенных исследований установлено, что независимо от возраста и степени выраженности нарушений маточного кровотока по маточным артериям у пациенток с цистоцеле и ректоцеле, наиболее выраженная динамика отмечалась у больных основной группы, которым проводили курс общей магнитотерапии в раннем (с 1 суток) послеоперационном периоде и комплекс мероприятий в позднем послеоперационном периоде (через месяц после операции), состоящий из 2-х внутри-

влагалищных процедур фракционной микроаблятивной терапии углекислотным лазером, курса электромиостимуляции с биологической связью мышц тазового дна и специального комплекса лечебной физкультуры, что, на наш взгляд связано, прежде всего, с вазоактивными эффектами общей магнитотерапии, проявляющимися в переходе от резистивного к магистральному характеру гемодинамики за счет снятия спазма с артерий и артериол, улучшения сократительной способности вен и увеличения венозного оттока, что в сочетании с электростимуляцией и упражнениями для укрепления мышц тазового дна и фракционной микроаблятивной терапией позволило получить такой выраженный вазокорректирующий эффект за счет патогенетического влияния разработанного комплекса на один из основных механизмов развития заболевания.

ВЫВОДЫ

До настоящего времени основной акцент при назначении физиотерапии в гинекологии делался на лечение и профилактику обострений и почти нет данных о применении реабилитационных немедикаментозных технологий для коррекции сосудистых нарушений в послеоперационном периоде, хотя именно ишемизация матки приводит к развитию ряда негативной симптоматики. Наши данные свидетельствуют о том, что применение магнитотерапии положительно влияет на состояние маточного кровотока у пациентов с пролапсом гениталий.



ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ВЛАГАЛИЩА ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ТАЗОВОГО ДНА

Жуманова Е.Н., Колгаева Д., Корчажкина Н.Б., Лядов К.В., Конева Е.С.

АО ГК МЕДСИ

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Физиотерапия (ФТ) признана «сопроводительным» методом лечения гинекологических заболеваний и длительное время применяется в клинической медицине с целью повышения качества жизни, в том числе у женщин с дисфункцией тазового дна и атрофическим вагинитом.

ЦЕЛЬ

Оценить влияние общей магнитотерапии, электромиостимуляции (ЭМС), комплекса ЛФК в сочетании с фракционной микроаблятивной терапией CO₂ лазером (ФФТ) на слизистую влагалища у женщин различных возрастных групп после пластической операции по поводу ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

150 пациенток после хирургической коррекции ректоцеле. Основная группа – 50 женщин, которым применялся весь комплекс ФТ лечения, группа сравнения – 50 женщин, получивших ЭМС, ФФТ и ЛФК, контрольная группа – 50 женщин, получавших ЛФК. Для оценки зрелости влагалищного эпителия была проведена рН-метрия отделяемого влагалища и оценен индекс вагинального здоровья.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе полученных данных, через 3 месяца после лечения, наиболее выраженные результаты были получены у пациенток основной группы, у которых изучаемый показатель рН-метрии составлял $4,1 \pm 0,2$ единиц, что было на 33% ($p < 0,05$) ниже исходных значений и свидетельствовало о полном восстановлении рН среды во влагалище. Чуть менее значимые результаты через 3 месяца после лечения были получены в группе сравнения, где изучаемый показатель рН-метрии составлял $4,5 \pm 0,1$ единиц, что на 19% ($p < 0,05$) было ниже исходных и также свидетельствовало о практически полном восстановлении рН среды во влагалище. Данные индекса вагинального здоровья как у пациенток основной группы, так и группы сравнения, в эти сроки соответствовал норме (5 бал-

лов), что характеризовалось обильными, белыми и слизистыми выделениями, нормальной увлажненностью, отличной эластичностью и нормальным эпителием. У пациенток контрольной группы во все сроки после курса лечения отмечалась положительная тенденция, однако полученные результаты достоверно не отличались от исходных величин, и Индекс вагинального здоровья соответствовал 3 баллам, что свидетельствовало о сохранении у всех обследуемых умеренной атрофии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты говорят о близком по значению терапевтическом эффекте в основной группе и группе сравнения, что подтверждается данными рН-метрии, значениями индекса вагинального здоровья. Исходя из полученных данных также можно заключить, что значительный вклад в улучшение состояния слизистой влагалища вносит фракционная микроаблятивная терапия углекислотным лазером.



РОЛЬ ФРАКЦИОННОГО ФОТОТЕРМОЛИЗА И ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С РЕКТОЦЕЛЕ И НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Жуманова Е.Н., Колгаева Д.И., Лядов К.В., Корчажкина Н.Б., Конева Е.С.

АО ГК МЕДСИ

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хотя пролапс тазовых органов не представляет угрозу для жизни женщины, он значительно влияет на сексуальный аспект, поэтому терапевтические и хирургические подходы должны быть направлены на восстановление нормальной функции и улучшение качества жизни

ЦЕЛЬ

Изучить применение магнитотерапии, электромиостимуляции, комплекса ЛФК и фракционной микроаблятивной терапией CO₂ лазером на сексуальный статус пациенток

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 200 женщин детородного, пери- и менопаузального возраста с ректоцеле II-III степени и стрессовым недержанием мочи после оперативного лечения. Результат оценивался по индексу женской сексуальной функции (FSFI) и вопроснику PISQ-12

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенткам с целью улучшения сексуальной функции применялись реабилитационные программы, включающие в разных сочетаниях общую магнитотерапию, электромиостимуляцию с биологической связью мышц тазового дна, процедуры внутривлагалищной фракционной микроаблятивной терапией CO₂ лазером и специальный комплекс лечебной физкультуры. В результате проведен-

ных исследований установлено, что применение разработанных комплексов после оперативного вмешательства у пациенток с ректоцеле и недержанием мочи, в большей степени, состоящего из курсового применения общей магнитотерапии, фракционной микроаблятивной терапией CO₂ лазером, электромиостимуляции с биологической связью мышц тазового дна, и специального комплекса ЛФК вызывает значительное улучшение сексуальной функции как у пациенток детородного возраста, так и, что особенно важно, пери- и менопаузального возраста, что с высокой степенью достоверности подтверждается результатами вопросника PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire) и данными Индекса женской сексуальной функции (FSFI).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При применении разработанных реабилитационных комплексов у пациенток после оперативного вмешательства по поводу ректоцеле было значительно улучшено качество сексуальной жизни независимо от возраста, что связано с активным влиянием на сократительную способность мышц электростимуляции и комплекса специальных упражнений для укрепления мышц тазового дна, а при сочетании с общей магнитотерапией и фракционной микроаблятивной терапией положительный эффект выражался в несколько большей степени.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ И СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ

Захарова К.И., Андреева М.В.

ГУЗ «Клинический родильный дом №2»

г. Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Женщины с хроническим цервицитом (ХЦ) страдают соматически обусловленной депрессией. Но до настоящего времени не уделяется достаточно-

го внимания психоэмоциональным аспектам личности пациенток при данной патологии, хотя у 72,1% из них обнаружены различные изменения психоэмоционального состояния. Данные о функ-



ционировании систем адаптации организма женщин с ХЦ, а также о состоянии вегетативной нервной системы (ВНС) у них в доступной нам научной литературе не найдены.

ЦЕЛЬ

Изучить особенности общей и психической адаптации, функционального состояния ВНС с ХЦ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В условиях женской консультации крупного промышленного города было обследовано 87 женщин с диагнозом «Воспалительные болезни шейки матки» (шифр по МКБ-10 N72) в соответствии с приказом МЗ РФ № 572н. Были изучены адаптационные возможности женщин с ХЦ – общая и психическая адаптация. Адаптационные возможности организма определялись по индексу функциональных изменений. Для изучения психоэмоционального статуса, свидетельствующего о возможностях психической адаптации больных с ХЦ, использовалась психодиагностическая система ПДТ-25. Исследование функционального состояния вегетативной нервной системы проводилось у женщин с помощью специальных опросников А.М. Вейна.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлено, что большинство женщин с ХЦ были старше 28 лет (55,8%). У большинства обследован-

ных (93,1%) выявлены нарушения процессов общей адаптации, в основном, в виде срыва адаптации (71,3%) и неудовлетворительной адаптации (21,8%). Удовлетворительная адаптация наблюдалась всего у 6,9% пациенток.

Изучение личностных особенностей у женщин с ХЦ обнаружило устойчивый ПЭС в 24,1% случаев. Наиболее характерными чертами их личности были гибкость психики, полная социальная адаптация, уравновешенность. Но у 64,1 % пациенток выявлено астеноневротическое состояние. Эти пациентки отличались высокой возбудимостью в сочетании с быстрой утомляемостью. Характерными для них являлись повышенная раздражительность, эмоциональная лабильность. Ипохондрическое состояние выявлено у 11,8% пациенток. Они страдали высокой тревожностью, неуверенностью в себе, постоянным самоанализом, чрезмерным страхом за свое здоровье.

Исследование состояния вегетативной нервной системы на основе анкетирования (по А.М. Вейну) выявило синдром вегетативной дисфункции (СВД) у 95,4% пациенток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у женщин с ХЦ выявлены высокая частота нарушений общей и психической адаптации, а также функционального состояния ВНС в виде СВД.

ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Ирназарова Д.Х., Янгибаева Д.Т.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан
г. Ташкент*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Миома матки наиболее распространенное (до 80%) доброкачественное образование, у женщин достигших 50 лет (SOGC, 2015). Минимально инвазивные хирургические методы лечения, такие как эмболизация маточных артерий (ЭМА), на сегодняшний день являются альтернативой открытой миомэктомии для миомы матки (Bhave Chittawar P.et all, 2015). Женщины с миомой матки имеют чрезвычайно высокий риск к гипертензии и кардиоваскулярным заболеваниям. Однако скорректированные данные о других факторах риска ССЗ недостаточны.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать кардиоваскулярные факторы риска у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального периода с миомой матки в постэмболизационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось во II клинике Ташкентской медицинской академии за период 2017 – 2019 год. Нами обследованы 44 женщины с миомой матки, перенесших ЭМА и 50 женщин контрольной группы. Всем женщинам проведены стандартные клинико-лабораторные и инструментальные



исследования, шкала суммарного сердечно-сосудистого риска SCORE, биоимпедансометрия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Возраст женщин составил 35–54 года, средний возраст основной группы составил $49,2 \pm 0,8$ года, в контрольной – $43,8 \pm 0,7$ ($p < 0,001$). У женщин с миомой матки у 52,1% имело место сердечно-сосудистые заболевания: артериальная гипертензия – 58,3% женщин, ИБС стенокардия напряжения у 33,3%, у 8,3% – дефект межпредсердной перегородки. У 41,66% женщин варикозная болезнь тоже имело место. До операции все женщины проконсультированы и пролечены кардиологом, сосудистым хирургом, для стабилизации соматического состояния. В постэмболизационном периоде у $\frac{3}{4}$ женщин соматическое состояние оставалось стабильным, тогда как у 25% пациенток констатируются артериальная гипертензия (16,6%) и ангинальные боли (8,3%). Среднее значение индекса резистентности центральной и периферической ветвей маточной артерии, питающий миоматозный узел составил 0,71 и 0,54 соответственно группам. При проведении биоимпедансометрии вычислялись несколько параметров, настоятельно влияющие на висцеральный тип ожирения. Индекс массы тела у женщин с миомой матки составил у 22,7% – $21,7 \pm 0,6$ кг/м², у 27,3% – избыток массы тела ($26,8 \pm 0,7$ кг/м²) и у 17,3% исследу-

емых женщин ожирение I класса – $33,4 \pm 0,8$ кг/м², у 17,3% – ожирение II класса, у 15,4% – ожирение III класса. При оценки висцерального жира у 22,7% обследуемых женщин 7 баллов, у 27,3% – 27 баллов и у половины женщин с ожирением I, II, III класса – 60 баллов. Метаболический возраст составил у $\frac{1}{3}$ женщин с нормальным весом 6,2 лет и у $\frac{2}{3}$ с ожирением (77,3%) – 48 лет. Мышечная масса у $\frac{1}{5}$ женщин составила 5%, у $\frac{2}{5}$ – 3,3% и у 40,2% исследуемых – 1,4%. Общая сумма в среднем шкалы суммарного сердечно-сосудистого риска SCORE вычислено, что у 59,1% женщин с миомой матки составил низкий риск, умеренный риск – у 27,3% и высокий риск у 13,6% ($p < 0,001$).

ВЫВОДЫ

Таким образом, биоимпедансометрия и шкала суммарного сердечно-сосудистого риска SCORE имеет важное прогностическое значение в профилактике развития ССЗ у женщин с миомой матки имеет реальное клиническое обоснование и служит эффективным инструментом для прогнозирования и первичной профилактики кардиоваскулярных заболеваний. На сегодняшний день немодифицированные факторы риска – возраст женщины с миомой матки, а также модифицируемые факторы риска – повышенный ИМТ, висцеральное ожирение, играют существенную роль в развитии ССЗ.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА К РАЗВИТИЮ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ СТАТУСА ВИТАМИНА D

Ирназарова Д.Х., Юлдашева Д.Ю.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан
г. Ташкент*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Миому матки (ММ) диагностируют у 30–35% женщин а у $\frac{1}{3}$ пациенток она становится симптомной (Адамян Л.В. и соав. 2015, Mohanambal M. И соав.2017). Dora Ravone и соав. (2018) описаны некоторые распространенные факторы риска развития ММ репродуктивные и экологические факторы риска в развитии заболевания является одним из актуальных, не полностью изученных вопросов в гинекологии.

ЦЕЛЬ

Выявить факторы риска, уровень обеспеченности витамином D и степень ожирения, и их связь

с клиническим течением у женщин с миомой матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследованы 152 женщины, которые разделены на 2 группы: контрольную группу ($n=50$) и основную группу ($n=102$). Основная группа больных была разделена на 2 подгруппы – 53 женщин с симптомной ММ и 49 женщин с асимптомной. Всем женщинам с ММ за время наблюдения проведено выявление факторов риска по модифицированной шкале, рекомендованной гайдлайнами, общеклиническое обследование, определен уровень витамин D – 25(OH)D.



РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст женщин основной группы составил 19–55 лет, средний возраст – $43,15 \pm 0,7$ ($p < 0,01$). Женщины с симптомной ММ основной группы ($n=53$) обратились с различной клиникой: симптом кровотечения и анемия у 83,01% ($n=44$), из них у 16,9% произведена гемотрансфузия, вследствие тяжелой анемии; симптом быстрого роста – 9,43% ($n=5$), симптом бесплодия у 5,6% ($n=3$) и симптом тазовой боли ($n=2$) 3,77%. При УЗИ у женщин многоузловая ММ констатирована в 2 раза меньше в асимптомной ММ по сравнению с симптомной (14,3% и 85,7% соответственно). По локализации миоматозного узла превалировал интрамуральный узел (71,7% и 63,2% соответственно группам).

По анализу факторов риска к развитию ММ у женщин симптомной ММ ($n=53$), у 1,9% женщин вычислен высокий (31 баллов), у 84,9% – средний и у 11,3% – низкий риски; асимптомной ММ ($n=49$) – 52,2% средний и 47,8% низкий риски ($p < 0,001$). Из выявленных факторов риска превалировали избыточный ИМТ ($29,7 \pm 11,83$ и $28,1 \pm 0,08$ кг/м² в подгруппах и в контрольной – $23,3 \pm 0,01$ кг/м², $p < 0,01$), отягощенный акушерский и гинекологический анамнез. У 47,2% женщин с симптомной ММ вычислено ожирение I, II, III степени (28,3%, 11,3% и 7,5% соответственно). Статус витамина D в группе женщин с ММ оказался достоверно ниже ($p < 0,001$) от 4 до 36 нг/мл (в среднем $16,7 \pm 1,8$ нг/

мл). У женщин с симптомной ММ витамина D в среднем составил – $11,84 \pm 0,46$ нг/мл и у асимптомной – $21,54 \pm 0,04$, в контрольной группе – $29,83 \pm 1,13$ нг/мл ($p < 0,001$). Выраженный дефицит прогормона D выявлен в подгруппе симптомной ММ $6,62 \pm 0,9$ нг/мл у 37,7% женщин с явной клиникой меноррагии (у 100%) и рецидивным течением заболевания, а в подгруппе асимптомной ММ у 1/3 пациентов (36,7%) отмечается дефицит витамина D $16,7 \pm 1,6$ ($p < 0,001$). Корреляционный анализ показал в подгруппе симптомной ММ прямую среднюю положительную связь ($r=0,482$, $p < 0,001$). Отношения шансов развития (OR) ММ у женщин с недостатком витамина D (OR=16,13) и ожирением (OR=7,38) показал, что эти факторы являются сильными провоцирующими факторами для развития заболевания у этих женщин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Более низкие значения витамина D у пациентов с ММ с ожирением могут повлиять на характер течения заболевания и частоту развития осложнений: чем ниже уровень витамина D и выше ИМТ, тем ярче клиника заболевания. Дальнейшие исследования в этой сфере является основой современной персонализированной медицины, поскольку дает возможность прогнозировать развитие заболевания, характер течения и риск возможных осложнений.

ЧАСТОТА I – ОБРАЗНОЙ ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИИ ПОЛОСТИ МАТКИ ПРИ ГИПЕРАНДРОГЕНИЗМЕ

Кайфаджян К.Г., Адамян М.А., Тохунц К.А., Худавердян А.Д.

*Наири медицинский центр
г. Ереван*

АКТУАЛЬНОСТЬ

В 2019 г. группой экспертов предложено к классу U1a (классификация ESHRE), или T-образной врожденной аномалии полости матки как субтип отнести I-образную и Y-образную аномалии. Если такие аномалии полости матки как T-shaped и Septate относительно изучены, сообщения относительно I – shaped uterus, единичны.

Alonso Pacheco L с соавт. (2019) определили I – образную матку как подвид T-образной матки с равномерно суженной во всех отделах «цилиндрической» или «тубулярной» полостью, не имеющей сужения в области шейки.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось определение частоты субтипов T-образной врожденной аномалии полости матки у пациенток с гиперандрогенией яичникового и надпочечникового генеза, сопровождающейся бесплодием и невынашиванием беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено УЗ исследование 486 пациенток в возрасте от 19 до 40 лет (средний возраст – $30,1 \pm 5,5$ лет), обратившихся в центры репродукции по поводу бесплодия: первичного – 312 (64,2%), вторичного – 108 (22,2%) или привычного невынашива-



ния беременности на сроке до 12 нед – 66 (13,6%). Средняя продолжительность бесплодия – $6,3 \pm 3,9$ года. Всем этим пациенткам было произведено 3D УЗИ матки в первую и вторую фазы менструального цикла.

У 117 пациенток была диагностирована: ановуляторная дисфункция яичников с гиперандрогенией яичникового генеза (СПКЯ) – у 74; и надпочечникового генеза (неклассическая форма ВДКН) – у 43; у остальных 45 – выраженные нарушения функции щитовидной железы, гиперпролактинемии, гипер- и гипогонадотропная аменорея, преждевременное истощение функции яичников.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 299/377 (79,3%) пациенток, включенных в исследование, была нормальная ультразвуковая морфология полости матки (Class U0).

У 50 (50/377 – 13,3%) – дисморфическая матка (Class U1) с с подвидами: T-shaped – у 14 (3,7%), I-shaped – у 35 (9,3%), Y-shaped – у 1 (0,3%), причем подавляющее большинство аномалий класса U1(37) были выявлены в группе пациенток с гиперандрогениями.

I-образные матки были диагностированы исключительно у пациенток с гиперандрогениями – у каждой четвертой пациентки с СПКЯ (24,3%) и в 39,5% случаев при ВДКН.

У обследованного контингента женщин с гиперандрогениями яичникового и надпочечникового генеза, частота встречаемости T-образной матки не превышала таковую по сравнению с группой женщин с другими причинами бесплодия, в то время как I-shaped врожденная аномалия полости матки встречалась в 24,3 – 39,5%, что было сопряжено также с высокой частотой невынашивания беременности у них – у 33,3% (6/18) пациенток с СПКЯ и 47,1% (8/17) при ВДКН. Уровни прогестерона и ХГЧ у этих пациенток были нормальными, и, что характерно, выкидыши происходили на сроках 9–12 недель, не сопровождались длительным болевым синдромом и кровянистыми выделениями, часто (у 11 из 14 – 78,6%) происходили в течение короткого промежутка времени (1–2 дня) после УЗ исследования, не выявившего каких-либо отклонений, при нормальной длине цервикального канала и отсутствии его расширения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокая частота описанной врожденной аномалии, возможно, объясняется популяционными особенностями, равно как и сравнительно высокой частотой СПКЯ и ВДКН у женщин армянской популяции. Не исключается также, что подобные аномалии остаются недиагностированными вследствие отсутствия широкого клинического применения трехмерного УЗ исследования полости матки.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ЭНДОМЕТРИОМЫ ЯИЧНИКА, С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА

Клычев С.И., Ашурова У.А., Зейтуллаева Э.Р., Абдуллаева Л.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Акушерства и гинекологии, Ташкентская медицинская академия

г. Ташкент, Узбекистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Фертильность пациенток с эндометриомами серьезно нарушена из-за уменьшения овариального резерва (ОВ). Лапароскопическое удаление эндометриом путем удаления псевдокапсулы является наиболее распространенным методом оперативного вмешательства. Эта процедура подразумевает гемостатическую биполярную коагуляцию ткани яичника, которая дополнительно снижает ОВ. Имеются сообщения о том, что ушивание яичника после удаления капсулы эндометриомы является более щадящим методом гемостаза, что сохраня-

ет оставшуюся здоровую ткань яичника по сравнению с биполярной коагуляцией.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования было оценить, оказало ли менее агрессивное влияние на ОВ ушивание ложа капсулы эндометриомы яичника (ЭЯ) при лапароскопическом удалении в качестве гемостаза по сравнению с биполярной электрокоагуляцией

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 50 пациенток в возрасте 21–35 лет (в среднем $30,3 \pm 4,4$) с подтвержденным



клиническим и ультразвуковым диагнозом односторонних ЭЯ, которые были включены в исследование с марта 2018 года по декабрь 2019 года. Критериями включения в исследование были односторонние ЭЯ, подтвержденные УЗИ большого диаметра 30 мм и более, отрицательный анамнез гормональной терапии (ГнРГ или КОК) в 6-месячный период до операции. Критериями исключения были: беременность, активный воспалительный процесс в малом тазу, генитальные или экстрагенитальные злокачественные новообразования, комбинированный синдром СПКЯ и эндометриоз, интраоперационная диагностика другого гистотипа кисты, любые осложнения во время операции или переход на лапаротомию, терапия ГнРГ или КОК в последующем послеоперационном наблюдении, беременность и нерегулярное посещение контрольных осмотров после хирургического вмешательства. Все включенные пациенты были разделены в группу А – гемостаз яичника был получен путем наложения швов, а в группе В – гемостаз был достигнут путем биполярной электрокоагуляции. Все лапароскопические цистэктомии были выполнены в первой части менструального цикла опытными хирургами. Последующие визиты включали трехмерное (3D) вагинальное УЗИ. Произведен был подсчет АФ размерами 2–10 мм на третий день менструального цикла. Посещения были назначены на третий день 2,4 и 6 регулярно менструального цикла после операции

РЕЗУЛЬТАТЫ

Было оценено количество АФ обоих яичников и отмечена сумма АФ в трех циклах. В группе А медиана зашиваемых яичников составила 12,0 (диапазон 9–19), а медиана интактных яичников составила 21,0 (диапазон 15–27), $p = 0,05$. В группе В где гемостаз достигался за счет электрокоагуляции медиана составляла 5,0 (диапазон 2–10), в то время как медиана интактных яичников составляла 18,5 (диапазон 8–29), $p = 0,05$. Не было значимой разницы между интактными яичниками в группе А (медиана была 21,0, диапазон 15–27) и в группе В (медиана была 18,5, диапазон 8–29). Тем не менее, в яичниках, которые были ушиты, было значительно более высокое среднее значение АФ, чем в яичниках, которые были подвергнуты электрокоагуляции, $p = 0,05$. Кроме того, мы наблюдали значительно меньшую сумму АФ в течение трех послеоперационных циклов в электрокоагулированных яичниках, чем в зашитых яичниках.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наши предварительные результаты показывают, что лапароскопическая операция по поводу ЭЯ может значительно уменьшить ОВ. Этот побочный эффект может быть менее агрессивным, если гемостаз достигается путем ушивания остальной части ткани яичника. Поэтому, при лапароскопической операции по поводу ЭЯ следует рекомендовать наложение швов как метод гемостаза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИМЕНЯЕМОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ СХЕМЫ

Кодряну Н.П., Иванова Е.Г., Кодряну И.В., Корчак Р.В.

*Государственный Университет Медицины и Фармацевтики им. Н. Тестемичану
г. Кишинев*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эндометриоз – бич 21 века для женщин репродуктивного возраста, занимает III место среди женских болезней, проявляется синдромом хронических тазовых болей, альгодисменореей, диспареунией, бесплодием, привычным невынашиванием беременности. Эндометриоз диагностируется у каждой 10-й женщины, у каждой 2-й женщины, страдающей бесплодием, и у 80% женщин с хронической тазовой болью.

ЦЕЛЬ

Анализ влияния на качество жизни 2-х схем лечения эндометриоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное исследование «случай-контроль» в 2-х группах исследования (ГИ). ГИ №1 получала непрерывную схему лечение «ДЕГ+Э2В», ГИ №2 – ДЕГ 2 мг непрерывно. Качество жизни контролировалось дневниками ЕНР-5 и визуально-аналоговой шкалой боли SAV.



РЕЗУЛЬТАТЫ

Эффективность лечения в ГИ №1: медикаментозная аменорея наступила через 2 месяца, снизились признаки Э: дисменорея на 67.1%, диспареуния – на 52.2%, диффузная тазовая боль – на 38.6%, предменструальная боль – на 51.3%; УЗ-толщина эндометрия после лечения: 68% \geq 5 мм, 32% – 3–4 мм. Эффективность в ГИ №2: медикаментозная аменорея – через 6 месяцев, признаки Э снизились: дисменорея – на 62.1%, диспареуния – на 45.8%, диффузная тазовая боль – на 30.5%, предменструальная боль – на 48.1%; УЗ-толщина эндометрия после лечения: 89% – 1–2 мм, 11% – линейный эндометрий. Подтверждена идентичная эффективность обеих схем лечения хронической тазовой боли (21.6% vs 16.6%, OR 1.17, $p=0.8$), диспареунии (5.9% vs 4.9%, OR 1.4, $p=0.5$), дисменореи (13.8% vs 11.8%, OR 1.18, $p=0.7$). Анализ побочных эффектов от лечения: spotting в ГИ №1 – 12%, в ГИ №2 – 41% (OR 5.18, $p=0.0047$), сухость влагалища – 12% vs 41% (OR 5.18, $p=0.0047$), межменструальные кровотечения – 4.65% vs 21.6% (OR 5.65, $p=0.003$), приливы жара – 6.97% vs 27% (OR 4.93, $p<0.01$), головная боль – 11.62% vs 21.6% (OR 2.04, $p=0.25$), мастодиния – 23.2% vs 27% (OR 1.22, $p=0.69$), тош-

нота – 9.3% vs 10.8% (OR 1.18, $p=0.82$), снижение либидо – 13.9% vs 16.2% (OR 1.19, $p=0.77$), депрессия – 9.3% vs 21.6% (OR 2.68, $p=0.13$). Аналого-визуальная шкала боли SAV: ГИ №1 – сила боли 7–8 баллов в 75.6% снизилась до 3–4 баллов в 13.5%; ГИ №2 – сила боли 7–8 баллов в 79% снизилась до 3–4 баллов в 20.9%. Т.о., в ГИ №1 качество жизни пациенток улучшилось в 2 раза относительно ГИ №2 (78.3% vs 53.4%, OR 8.33, $p<0.01$). Лечение ДЕГ+Э2В финансово более доступно для пациенток, чем ДЕГ 2 мг (960 € в год vs 2640 €/год).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование подтвердило идентичную статистически достоверную эффективность обеих схем лечения ДЕГ+Э2В и ДЕГ 2 мг в купировании признаков эндометриоза. Однако, при использовании схемы ДЕГ+Э2В эффект наступает на 4 месяца раньше, лечение вызывает значительно меньше побочных реакций, таких как: spotting, сухость влагалища, приливы жара, головная боль, депрессия ($p < 0.01$), является финансово более доступным и приводит к значительному улучшению качества жизни пациенток.

ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ СФОКУСИРОВАННАЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУЩЕНИЯ СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Колгаева Д.И., Конева Е.С., Жуманова Е.Н., Муравлев А.И., Корчажкина Н.Б.

АО ГК МЕДСИ

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблемой современной гинекологии является лечение недержания мочи у женщин, что негативно влияет на их социальную активность за счет снижения качества жизни: эмоциональное состояние и гигиенические проблемы

ЦЕЛЬ

изучить и обосновать применение метода сфокусированной электромагнитной терапии в лечении пролапса гениталий и недержания мочи у женщин

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 40 женщин, которые были разделены на 2 сопоставимые груп-

пы, основную – 20 пациенткам был проведен курс ВИФЭМ-терапии (6–7 процедур), проводились 2 раза в неделю и контрольную – 20 пациенток, которым проводился курс упражнений по Кегелю, на курс 20 занятий

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенного исследования было показано, что высокоинтенсивная сфокусированная электромагнитная терапия обладает выраженным миостимулирующим эффектом на мышцы тазового дна у женщин с опущением стенок влагалища и стрессовым недержанием мочи, что способствует усилению контроля над удержанием мочи, значительному уменьшению и даже полному исчезновению симптомов недержания мочи, повы-



шению психо-эмоционального фона и качества жизни в целом, что подтверждалось тестом определения количества использованных абсорбирующих прокладок и данными вопросника по недержанию мочи (ICIQ-SF).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение в медицинскую практику таких современных методов, обладающих выраженной

клинической эффективностью может позволить значительно улучшить не только функциональное состояние нижних мочевых путей и мочевого пузыря, но и психо-эмоциональное состояние, а в ряде случаев полностью нормализовать мочеиспускание и качество жизни пациенток, что в свою очередь снизит процент оперативных вмешательств.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ДИСФУНКЦИЕЙ ТАЗОВОГО ДНА

Колгаева Д.И., Жуманова Е.Н., Муравлев А.И., Конева Е.С., Лядов К.В.

АО ГК МЕДСИ

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пролапс тазовых органов – актуальная проблема, так как частота его встречаемости достигает около 60%, возрастает в постменопаузе на фоне эстрогенного дефицита. Каждая 6 пациентка требует оперативного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представлены результаты лечения 100 женщин, прооперированных влагалищным доступом по поводу дисфункции тазового дна. Больным основной группы проводили курс общей магнитотерапии и комплекс ЭМС с БОС и 2 процедуры фракционной терапии CO₂ лазером. Контрольная группа – комплекс упражнений по Кегелю, которые служили фоном в основной группе. Оценка состояния проводилась по данным валидного опросника PISQ-12.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Под влиянием курса общей магнитотерапии, примененной в раннем (с 1 суток) послеоперационном периоде и комплекса мероприятий в позднем послеоперационном периоде (через месяц после операции), состоящего из 2-х внутривлагалищных процедур фракционной микроаблятивной терапии углекислотным лазером в режимах W40-DT-2000S-400, курса электромиостимуляции с биологической связью мышц тазового дна в режиме «хроническая тазовая боль» и комплекса упражнений по Кегелю, независимо от возраста, отмечалась высокодостоверная динамика всех жалоб по данным опросника PISQ-12. В основной группе динамика составила от 68 (в начале лечения)

до 24 баллов (после окончания лечения) в основной группе и с 62 до 54 в контрольной. Возраста, отмечалась высокодостоверная динамика всех жалоб за счет влияния разработанного комплекса на различные патогенетические звенья развития заболевания. Таким образом, при применении разработанных реабилитационных комплексов у пациенток после оперативного вмешательства по поводу ректоцеле был получен выраженный миостимулирующий эффект, независимо от возраста, что на наш взгляд, связано, прежде всего, с активным влиянием на сократительную способность мышц тазового дна

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение общей магнитотерапии, фракционной терапии CO₂ лазером, ЭМС и БОС тазового дна и комплекса ЛФК в большей степени, чем моноприменение упражнений по Кегелю, способствует снижению негативной симптоматики и жалоб у пациенток в послеоперационном периоде, что подтверждается результатами анкеты-опросника PISQ-12.



ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОК С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ И ОПУЩЕНИЕМ СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА

Колгаева Д.И., Лядов К.В., Жуманова Е.Н., Корчажкина Н.Б., Муравлев А.И.

АО ГК МЕДСИ

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пролапс тазовых органов является одной из актуальных проблем гинекологии, в связи с тем, что частота его встречаемости в России достигает 60% и возрастает с возрастом

ЦЕЛЬ

оценить комплексное применение пульсирующего низкочастотного электрического и сфокусированного электромагнитного полей при недержании мочи у женщин

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

участвовали 105 женщин с недержанием. Они разделены на 3 группы: основную – 35 с ВИФЭМ-терапией, на курс 6–7 процедур и массаж низкочастотным переменным электрическим полем, на курс 8 процедур; сравнение – 35, которым проводили ВИФЭМ-терапию на курс 6 процедур и контрольную – 35, которым проводили упражнения Кегеля

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенного исследования было показано, что включение в лечебную программу комплекса, состоящего из пульсирующего низкочастотного переменного электрического и высокоинтенсивного сфокусированного электромагнитного полей, в большей степени, чем монодействие высокоинтенсивным сфокусированным электромагнитным полем способствует у пациенток со стрессовой инконтиненцией значимому улучшению качества жизни.

Комплексная эффективность подтверждается показателями шкалы QOL, которые после курса лечения в основной группе в среднем на 65,7% ($p < 0,01$), а в группе сравнения и особенно в контрольной группе – на 40% ($p < 0,05$) и на 8%-18% ($p > 0,05$) соответственно, выше исходных значений и уменьшению всех показателей анкеты Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7), особенно у пациенток основной группы – в среднем в 3,23 раза и подтверждается показателем суммы баллов, который соста-

вил после лечения $4,2 \pm 0,02$ баллов по сравнению с $13,6 \pm 0,2$ баллами в исходе ($p < 0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

сфокусированная электромагнитная терапия обладает выраженным миостимулирующим эффектом на мышцы тазового дна у женщин со стрессовым недержанием мочи, что способствует усилению контроля над удержанием мочи, значительному уменьшению и даже полному исчезновению симптомов недержания мочи, повышению психо-эмоционального фона и качества жизни в целом, что подтверждалось тестом определения количества использованных абсорбирующих прокладок и данными вопросника по недержанию мочи (ICIQ-SF)



УРОВЕНЬ АМГ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРУКТУРЫ И РАЗМЕРОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Кюрдзиди С.О.^{1,2}, Уварова Е.В.^{1,2}, Кумыкова З.Х.¹, Чупрынин В.Д.¹, Хащенко Е.П.¹, Ежова Л.С.¹, Мамедова Ф.Ш.¹

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

2) ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава (Сеченовский Университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы проблема преждевременной недостаточности яичников (ПНЯ) начала проявляться у женщин в возрасте до 18 лет. По данным отдельных публикаций распространенность ПНЯ среди молодых женщин составляет 1:10 000. Существенный вклад в проблему вносит последствие хирургического вмешательства на яичниках.

ЦЕЛЬ

Определить особенности овариального резерва по уровню АМГ у менструирующих подростков, поступивших для оперативного лечения доброкачественного новообразования яичников, в зависимости от его структуры и размеров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе ретроспективного исследования у девочек-подростков (n=10) с доброкачественным образованием яичника (ДОЯ), средний возраст которых составлял 14,9 (12–17) лет, были проанализированы анамнез, клиническая картина, гормональный статус, концентрация онкомаркеров, результаты УЗИ ОМТ и патоморфологического исследования удаленного образования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Половина девочек-подростков с доброкачественными образованиями яичника (ДОЯ) обратилась с жалобами на боль в нижних отделах живота. У другой половины заболевание протекало бессимптомно. У 1 девочки с ДОЯ диаметром 19 см отмечались дизурические нарушения. У 6 девочек ДОЯ определялось в правом, у 2 – в левом и еще у 2-х – в обоих яичниках. Регулярный менструальный цикл у 8 девочек и олигоменорея с задержками до 2 месяцев у 2-х девочек.

Уровни гонадотропных гормонов и эстрадиола соответствовали нормативам у 9 девушек и лишь у одной со зрелой тератомой правого яичника размером 9,0 см уровень эстрадиола оказался

равен 1079 пмоль/л. Онкомаркеры были в норме у всех пациенток.

При тератоме (n=7) уровень АМГ в среднем был равен $3,1 \pm 1,45$ нг/мл, при цистаденоме (n=2) – $3,45 \pm 3,18$ и лишь при фиброме диаметром 4 см соответствовал 10,1 нг/мл. Вне зависимости от структуры при опухоли диаметром 3–5 см уровень АМГ был равен 5,69 нг/мл. Притом величина АМГ была аналогичной и у девушек с ДОЯ диаметром от 6 до 19 см ($2,33–2,91$ нг/мл)

Образцы ткани яичника, прилежащей к капсуле зрелой тератомы (ЗТ), имели белочную оболочку неравномерной толщины. Истонченный корковый слой в 4 из 7 образцов хранил в себе примордиальные и зреющие фолликулы. Притом зависимости сохранности фолликулярного аппарата при ЗТ от объема образования выявлено не было. Несмотря на это уровни АМГ были ниже норматива ($3,4–8,4$ нг/мл) у всех девушек, а у 3 из 7 соответствовали таковому для пациенток с ПНЯ ($1,31–2,2$ нг/мл).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом уровень АМГ следует принимать во внимание при определении дальнейшей тактики диспансерного наблюдения подростков с ДОЯ, даже если морфогистологическое заключение свидетельствует о сохранности окружающего ДОЯ фолликулярного аппарата яичника.



ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Муминова К.Т., Ходжаева З.С., Шмаков Р.Г.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гипертензивные расстройства (хроническая артериальная гипертензия (ХАГ), гестационная артериальная гипертензия (ГАГ), частота которых варьирует от 2 до 30%, вносят неравнозначный вклад в течение беременности, а наиболее грозным осложнением, сопровождающимся не только гипертензией, но и полиорганной недостаточностью, является преэклампсия (ПЭ), которая нередко является не только самостоятельным осложнением беременности, но и может развиваться на фоне предшествующего гипертензивного состояния (преэклампсия на фоне ХАГ). В 25% случаев беременность у женщин с ГАГ и ХАГ может осложняться ПЭ.

ЦЕЛЬ

Сравнительный анализ течения и исходов беременности у пациенток с гипертензивными расстройствами

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 165 беременных: 25 – ранняя ПЭ (I); 40 поздняя ПЭ; 20 – ГАГ; 20 – ХАГ, 40 – контроль. Диагноз тяжелой ПЭ устанавливался на основании критериев ВОЗ (2011). Применялись клинические и лабораторные методы исследования в соответствии с клиническими рекомендациями по гипертензивным состояниям (2016)

РЕЗУЛЬТАТЫ

ПЭ в анамнезе у беременных основных групп отмечалась статистически значимо чаще в сравнении с контролем. При поздней тяжелой ПЭ отмечалась статистически значимо более высокая частота СЗРП, чем при ГАГ и ХАГ. Имела место более высокая частота нарушений ФПК и МПК при поздней ПЭ, чем при ГАГ, ХАГ ($p=0,006$) и в контрольной группе ($p<0,0001$). Соотношение sFlt-1/PlGF было самым высоким при ранней тяжелой ПЭ, чем при поздней ПЭ ($p<0,0001$), ГАГ ($p<0,0001$) и ХАГ ($p<0,0001$). Частота пациенток-«дипперов», по данным СМАД, была статистически значимо выше при ГАГ в сравнении с ранней ПЭ ($p=0,003$), поздней ПЭ и ПЭ на фоне ХАГ ($p=0,024$), а частота женщин-«нон-дипперов» была самой высокой при

тяжелой ПЭ: при ранней ПЭ показатель был выше, чем при ГАГ ($p=0,029$), а при поздней ПЭ – чем при поздней умеренной ПЭ ($p=0,01$) и ГАГ ($p=0,005$). Однокомпонентная антигипертензивная терапия назначалась чаще при поздней ПЭ, ГАГ и ХАГ, чем при ранней тяжелой ПЭ и ПЭ на фоне ХАГ, когда требовалась двух-трехкомпонентная терапия. Наиболее благоприятные исходы, как для матери, так и для плода, отмечали при ГАГ и неосложненной ХАГ. У всех пациенток с ГАГ АД нормализовалось в течение первых семи дней после родов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При оценке клинико-анамнестических факторов риска с акцентом на перенесенную ПЭ целесообразно выделить группу женщин для тщательного мониторинга с ранних сроков беременности с целью профилактики неблагоприятных исходов (потерь беременности, гипертензивных осложнений, СЗРП). Учитывая, что среди гипертензивных расстройств беременных наиболее тяжелыми в плане исходов для женщины и новорожденного являются ранняя и поздняя тяжелая ПЭ и ПЭ на фоне ХАГ, целесообразно их направлять в лечебно-профилактические учреждения 3 группы



ВЛИЯНИЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ИМПУЛЬСНОЙ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Муравлев А.И., Конева Е.С., Корчажкина Н.Б., Лядов К.В.

*Центр гинекологии, репродуктивной и эстетической медицины Клинической больницы №1 АО ГК «МЕДСИ»
г. Москва*

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время специалисты все чаще говорят не только об успешно проведенной операции по поводу имеющегося заболевания, но и о качестве жизни пациентов после этих операций. Это в полной мере относится и к операциям по поводу миомы матки.

ЦЕЛЬ

Оценить особенности влияния различных методов реабилитации на качество жизни пациенток в раннем послеоперационном периоде после миомэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было 105 пациентов, разделенных на 3 группы по 35 пациентов: в первой группе через 2 дня после операции применялась селективная импульсная электростимуляция (СИЭ). Во второй группе – СИЭ в сочетании с магнитотерапией; в контрольной группе не проводилось физиотерапевтических процедур.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для детализации интегральных характеристик качества жизни после оперативных вмешательств у пациенток с миомой матки применялся стандартизованный опросник Uterine Fibroid Symptom and Quality of Life questionnaire (UFS-QOL). После курса лечения, наиболее выраженное улучшение КЖ отмечалась у пациенток основной группы, что подтверждалось снижением показателя обеспокоенности в 2,52 раза – до $8,5 \pm 0,6$ баллов по сравнению с $21,4 \pm 1,8$ баллами в исходе; активности в 2,49; показателей энергии в 2,6 раза и самоконтроля в 2,59, а также показателей самовосприятия и половой функции – в 3,07 и в 4,24 раза соответственно. Помимо этого, на фоне редукции клинической симптоматики отмечалось достоверное снижение показателя тяжести симптомов в 2,85 раза и, как результат, снижение в 2,8 раза итогового показателя HRQoL. Несколько менее выраженная, но также достоверная динамика изучаемых показателей отмечалась в группе сравнения, где снижение отмечалось по всем показателям: обеспокоенности (в 1,78 раза), контроля (в 1,67

раза) и самовосприятия (в 2,14 раза) на фоне достоверного снижения в 2,22 раза показателя тяжести симптомов. Кроме того, значимое повышение отмечалось и по показателям активности (в 2,21 раза), энергии (в 2,02 раза) и половой функции (в 3,38 раза), все это способствовало снижению итогового показателя HRQoL в 2,09 раза. У пациенток контрольной группы были получены менее значимые результаты и по большинству показателей после курса лечения отмечалось их снижение на 22%-52%. Так, активность увеличилась на 39%, контроль и самовосприятие – на 22% и 13% соответственно, несколько более значимо снизились показатели, характеризующие энергию, половую функцию и обеспокоенность (на 56%, 87% и 52% соответственно), при этом интегральный (итоговый) показатель HRQoL снизился лишь на 45% на фоне снижения на 42% показателя тяжести симптомов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение магнитотерапии в сочетании с СИЭ в раннем послеоперационном периоде в большей степени, чем моновоздействия СИЭ способствует более значительному улучшению качества жизни у пациенток после миомэктомии за счет полного купирования основных синдромов, формирования выраженного анальгетического, вегето- и психо-корректирующего эффектов, что подтверждалось данными опросника UFS-QoL и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS и свидетельствует о патогенетической обоснованности их применения.



КОМПЛЕКСНЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Муравлев А.И., Конева Е.С., Корчажкина Н.Б., Лядов К.В.

*Центр гинекологии, репродуктивной и эстетической медицины Клинической больницы №1 АО ГК «МЕДСИ»
г. Москва*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Физиотерапевтические методы оказывают прямое действие на сосуды малого таза, нормализуя их тонус, включают в работу резервные, ранее не функционирующие сосуды, благоприятно влияя на общий кровоток в миометрии, что особенно актуально в области шва на матке.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность комплексных физиотерапевтических программ реабилитации у пациенток после миомэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было 105 пациенток, разделенных на 3 группы по 35 пациенток: в первой группе через 2 дня после операции применялась селективная импульсная электростимуляция (СИЭ). Во второй группе – СИЭ в сочетании с магнитотерапией; в контрольной группе не проводилось физиотерапевтических процедур.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мы провели исследование, в котором методом доплерометрии изучили кровоток в послеоперационном шве на матке на 6–7 сутки и в отдаленном периоде – через 3 и 6 месяцев после курса лечения. Были изучены такие критерии, как: индекс резистентности, показатель систолического отношения (СДО) и пульсационный индекс (PI), характеризующие сосудистое сопротивление в изучаемой области. Важным фактом

является то, что у всех пациенток с миомой матки на 6–7 сутки после операции отмечалось снижение всех изучаемых показателей кровотока в области послеоперационного шва. Согласно результатам, полученным в исследовании, воздействие общей магнитотерапии в сочетании с селективной импульсной электростимуляцией токами низкой частоты в большей степени, чем применение только селективной импульсной электростимуляции токами в раннем послеоперационном периоде у пациенток после миомэктомии, увеличивает интенсивности кровоснабжения всех тканей в области малого таза за счет увеличения скорости кровотока и их тонического напряжения, в том числе и кровоснабжения имеющегося рубца матки. Также происходит активация и включение резервных сосудов, что способствует восстановлению маточного кровотока и ускорению репаративных процессов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наше исследование показало выраженный трофостимулирующий и регенерационный эффекты комплексного применения общей магнитотерапии в сочетании с селективной импульсной электростимуляцией токами низкой частоты и в несколько меньшей степени монодействий селективной импульсной электростимуляцией токами низкой частоты в раннем послеоперационном периоде у пациенток после миомэктомии, что подтверждалось данными Уз-исследования.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ С ПОМОЩЬЮ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Муравлев А.И., Корчажкина Н.Б., Конева Е.С., Лядов К.В.

*Центр гинекологии, репродуктивной и эстетической медицины Клинической больницы №1 АО ГК «МЕДСИ»
г. Москва*

АКТУАЛЬНОСТЬ

В мире все большее внимание уделяется локализации и интенсивности боли после миомэктомии

и изучению динамики ее уменьшения под влиянием различных методов лечения. При опросе па-



циенток после операции, центральное место занимал болевой синдром.

ЦЕЛЬ

Определить эффективность коррекции болевого синдрома с помощью физиотерапевтических методов у пациенток после миомэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было 105 пациенток, разделенных на 3 группы по 35 пациенток: в первой группе через 2 дня после операции применялась селективная импульсная электростимуляция (СИЭ). Во второй группе – СИЭ в сочетании с магнитотерапией; в контрольной группе не проводилось физиотерапевтических процедур.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При опросе пациенток на 2-е сутки после проведенной миомэктомии, центральное место среди жалоб занимал болевой синдром, который усиливался в 91,4%-94,3% случаев даже при незначительном напряжении или движении, а также при дефекации (в 28,6%-37,1% случаев). Через 5 процедур наибольшее снижение выраженности боли отмечалось у пациенток основной группы (сочетание СИЭ с магнитотерапией), где показатель снизился в 2,94 раза и составил $1,8 \pm 0,06$ баллов по сравнению с $5,3 \pm 0,14$ баллами в исходном состоянии ($p < 0,001$), что по градации боли соответствовало «слабо выраженной спорадически возникающей боли». У пациенток группы сравнения были получены, хотя и менее выраженные результаты, однако болевой синдром был снижен в 1,93 раза и составил $2,8 \pm 0,14$ баллов по сравнению с $5,4 \pm 0,21$ баллами в исходном состоянии ($p < 0,001$), что со-

ответствовало «слабо выраженной постоянной боли», а в контрольной группе показатель снизился в 1,47 раза и составил $3,6 \pm 0,13$ баллов по сравнению с $5,3 \pm 0,23$ баллами на 2-е сутки после миомэктомии ($p < 0,05$), что в 2 раза было выше, чем у пациенток основной группы в этот период наблюдения – $1,8 \pm 0,06$ баллов ($p < 0,001$), что также, как и в группе сравнения соответствовало «слабо выраженной постоянной боли». Обращает на себя внимание тот факт, что при опросе пациенток в отдаленные сроки после лечения (через 3 и 6 месяцев) болевой синдром не определялся ни у одной больной, которая в раннем послеоперационном периоде (со 2 дня после оперативного вмешательства) получала курс селективной импульсной электростимуляцией токами низкой частоты, как в качестве моновоздействий, так и в сочетании с общей магнитотерапией, в то время как у 5 пациенток контрольной группы, что составило 11,4%, развился хронический болевой синдром по типу хронической тазовой боли.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение комплексного лечения (магнитотерапия в сочетании с селективной импульсной электростимуляцией токами низкой частоты) в раннем послеоперационном периоде способствует формированию выраженного анальгетического, вегето- и психо-корректирующего эффектов, что приводит в среднем в 91,4% случаев к полному купированию основных синдромов у пациенток после миомэктомии, в контрольной группе, где не проводилось реабилитационных мероприятий, полное исчезновение отмечалось в 68,7% случаев.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С УТОЛЩЕНИЕМ J-ЗОНЫ (JZ) МАТКИ

Орехова Е.К., Коган И.Ю.

ООО ЕМС

г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преодоление бесплодия и невынашивания беременности при аденомиозе в настоящее время представляет собой актуальную практическую проблему акушерства и гинекологии. Одним из морфо-функциональных признаков заболевания является утолщение так называемой J-зоны, JZ (Junctional zone), – переходная часть миометрия, визуализация которой возможна с помощью маг-

нитно-резонансной томографии (МРТ). Данные о влиянии JZ на течение и исход беременности у пациенток с аденомиозом является неоднозначными.

ЦЕЛЬ

Определить репродуктивные исходы у пациенток с утолщением JZ при аденомиозе.



МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование включены 102 пациентки (22–39 лет) с ультразвуковыми признаками аденомиоза, планировавшие беременность. В I группу (N=58) вошли пациентки без внутриматочных вмешательств и беременностей в анамнезе, во II группу (N=44) – с родами и/или внутриматочными вмешательствами в анамнезе. С помощью T2-саггитальных срезов МРТ определены: максимальная, средняя и минимальная толщины JZ (JZmax, JZmedium, JZmin), отношение максимальной к минимальной толщине соединительной зоны (коэффициент симметрии, КС), коэффициент отношения JZmax к толщине миометрия (ratio_max). Репродуктивные исходы оценены через 12 месяцев наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средние значения JZmax, JZmedium, JZmin во II группе достоверно превышало значения в I группе и составило 12,1±4,2 мм и 10,3±3,9 мм, 8,4±2,7 мм и 6,8±2,3 мм и, 4,7±2,2 мм и 3,2±1,3 мм, соответственно, $p < 0,05$. Коэффициенты симметрии и ratio_max достоверно не различались с обеих групп и со-

ставили: 7,1±3,7 мм и 7,4±3,8 мм, и 32,8±12,5 мм и 34,4±10,6 мм, в I и во II группе соответственно, $p > 0,05$. Частота наступления беременности в обеих группах достоверно не различалась и составила 43,1% и 38,6% в I и II-й группе, соответственно, $p > 0,05$. Частота ретрохориальной гематомы диагностирована в 13,8% и 22,7% случаев, соответственно, достоверно не различалась в обеих группах, $p > 0,05$. Частота самопроизвольного выкидыша в I и II группах достоверно не различалась (6,9% и 6,8%, $p > 0,05$). Определено пороговое значение толщины JZmax для неблагоприятного исхода беременности с вероятностью 60% в I группе – 9,1 мм; во II-й группе – 10,0 мм, $p < 0,05$.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Репродуктивные исходы у пациенток с аденомиозом зависят от утолщения соединительной зоны матки, как при наличии родов и/или внутриматочными вмешательствами в анамнезе, так и без таковых. Возможным механизмом такого влияния является нарушение процесса имплантации и раннего развития эмбриона.

МЕТАБОЛОМНЫЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ СТЕРОИДНОГО СОСТАВА КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Павлович С.В., Юрова М.В., Чаговец В.В., Франкевич В.Е., Стародубцева Н.Л., Токарева А.О., Чупрынин В.Д.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет),
ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России
г. Москва*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Генетические и молекулярные изменения, ассоциированные с эндометриозом, сопряжены с перепрограммированием стероидогенеза. Использование малоинвазивных чувствительных методов системной биологии, например, высоко эффективной жидкостной хроматографии масс-спектрометрии (ВЭЖХ-МС), позволяет определять содержание стероидных гормонов с высоким уровнем точности.

ЦЕЛЬ

Проанализировать изменение профиля стероидных гормонов крови методом ВЭЖХ-МС и выявить наличие корреляционной взаимосвязи между уровнем данных метаболитов и наличием распространенного наружного генитального эндо-

метриоза (РНГЭ) у женщин репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для одномоментного количественного анализа стероидного профиля (эстрогены (эстрадиол), андрогены (тестостерон, андростендион, дегидроэпиандростендон, ДГЭА), прогестагены (прогестерон, 17 α -гидроксипрогестерон), глюкокортикостероиды (кортизол, кортикостерон) и минералокортикоиды (11-дезоксикортикостерон, альдостерон)) сыворотки крови пациентов с РНГЭ был использован метод ВЭЖХ-МС. Сопоставлены изменения концентраций указанных гормонов в сыворотке крови пациентов с эндометриозом и пациентов группы контроля (здоровые женщины репродуктивного возраста). Вторым этапом проведено сравнение стероида подгрупп пациентов с глу-



боким инфильтративным эндометриозом и пациентов с эндометриоидными кистами яичников.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При РНГЭ отмечено повышение эстрадиола, 17-ОН-прогестерона, тестостерона, андростендиона, кортизола, кортикостерона, 11-дезоксикортикостерона и альдостерона, а также снижение дигидротестостерона, ДГЭА и ДГЭА-сульфата. При сравнении подгрупп пациентов с глубоким инфильтративным эндометриозом с пациентами,

у которых были кисты яичников, статистически значимых различий получено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изменение концентраций 12 стероидных гормонов сыворотки крови пациентов с эндометриозом, выявленные в рамках данного исследования, свидетельствуют о единстве данного патологического процесса независимо от степени вовлечения ткани яичника. Метаболомный анализ может быть использован для одномоментного определения панели стероидных гормонов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЁРОВ МАТОЧНОЙ ФОРМЫ БЕСПЛОДИЯ

Путило А.О., Джигладзе Т.А., Григорьевич Н.Ю.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

В современной медицине все большее внимание уделяется персонализированному подходу к пациентам, в связи с чем безусловно актуальна проблема изучения генетических причин как бесплодия, так и невынашивания беременности. Известно, что до настоящего времени существует 10% женщин с так называемым бесплодием неясного генеза. Причинами бесплодия в таком случае могут являться и генетические факторы.

В условиях постоянно обновляющихся данных о новых генах и их свойствах определение генетических маркеров маточной формы бесплодия является, несомненно, актуальным.

ЦЕЛЬ

Определение нуклеотидных полиморфизмов, расположенных в генах сигнального пути TP53 в эндометрии у пациенток с нарушением репродуктивной функции в качестве генетических маркеров маточной формы бесплодия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

30 пациенток репродуктивного возраста с доброкачественной внутриматочной патологией, которым производились гистероскопия и отдельное диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием биоптатов эндометрия. У 14 женщин отмечалось первичное бесплодие, у 8 – вторичное, а у 8 (группа сравнения) – нарушений репродуктивной функции не было.

Всем пациенткам проведено генетическое исследование биологического материала (эндометрия) в условиях генетической лаборатории на наличие нуклеотидных полиморфизмов в генах сигнального пути TP53: LIF(VaL/Val), LIF, MDM2, MDM4, TP53.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлено, что генотип LIF(VaL/Val) имел среднепопуляционный риск нарушения имплантации эмбриона во всех случаях и достоверно не различался у женщин с бесплодием и без него, тогда как высокий риск LIF был выявлен у пациенток с бесплодием и гиперплазией эндометрия, а значительный риск MDM2 – как при гиперплазии, так и полипах эндометрия, MDM4 – при полипе эндометрия. Значительный риск гена TP53 выявлен у пациенток с бесплодием и полипами эндометрия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного предварительного исследования установлена роль определения генетических маркеров сигнального пути TP53 в эндометрии у пациенток с бесплодием и доброкачественной внутриматочной патологией, что может позволить в дальнейшем расширить границы диагностического поиска и использовать персонализированный подход к уточнению причин маточной формы бесплодия.



ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОГРАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЯИЧНИКАХ

Сафонова Н.Е., Подзолкова Н.М.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время многими авторами признана точка зрения о негативном влиянии органосохраняющих операций на яичниках на репродуктивную функцию женщины. Однако по данным литературы многие авторы полагают, что любое хирургическое вмешательство на яичниках приводит к снижению репродуктивной функции; в тоже время другие публикуют, что на снижение репродуктивного потенциала влияет не проведенная операция, а гистологический тип, размер, одно- или двусторонняя локализация новообразования яичника.

ЦЕЛЬ

Изучить влияние хирургического лечения на репродуктивную функцию женщин, перенесших органосохраняющие операции на яичниках по поводу доброкачественных опухолей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 1195 пациенток, прооперированных в ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева» ДЗМ в период с 2016 по 2019 год по поводу доброкачественных образований яичников. Пациенткам была произведена лапароскопическая энуклеация капсулы кисты с использованием биполярной коагуляции. Операционный материал подвергался морфологическому исследованию. Пациентки были разделены на 3 группы по возрастному интервалу: в I группу вошли пациентки 18–26 лет ($n=233$), во II группу – 27–35 лет ($n=539$), в III группу – 36–45 лет ($n=423$). В 2019–2020 годах пациентки, отобранные для исследования, были приглашены на прием для оценки исходов оперативного лечения. Выборка пациентов была рассчитана с помощью функции «анализ мощности» программы Statistica 10, и составила 382 пациента, ДИ (доверительный интервал) ± 5 . Чтобы уменьшить количество ошибок 1 рода, в исследование были включены 1195 пациенток, ДИ $\pm 3,98$. Статистическая значимость между группами оценивалась по формуле: Т-критерий Стьюдента и $p < 0,05$ считался статистически достоверным.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациенток составил – $32,7 \pm 6,72$ лет. Гистологический подтип опухолей распределялся следующим образом: в структуре заболеваний яичников абсолютное преобладание эндометриоидных кист – в I группе 109 (46,6%) случаев, во II – 276 (51,2%), в III – 196 (46,3%). От 10,7 до 13,9% приходилось на серозные цистаденомы во всех подгруппах. Порядка 7,25–9,93% приходилось на функциональные кисты и кисты желтого тела, примечательно, что в группе 36–45 лет этот процент увеличивался, и наблюдались самые низкие показатели самостоятельной беременности. При эндометриоидных кистах достоверно повышался риск внематочной беременности и самопроизвольных выкидышей во всех группах OR=1,80, 95% ДИ:1,26–2,57. Самые высокие показатели наступления самопроизвольной беременности были в I группе (18–26 лет) – в течение 8–10 месяцев беременность наступала в 72,9% случаев и заканчивалась родами, независимо от гистологического типа опухоли ($P=0,012$). Во II группе (27–35 лет) – в течение 12–15 месяцев наступала беременность, заканчивающаяся родами в 53,6% случаев ($P=0,023$). Из 233 человек в I группе у 196 человек (84,1%) отсутствовали беременности. В этой же группе в анамнезе были перенесенные операции на яичниках (5,4%). Самые высокие показатели бесплодия и применение ВРТ были в подгруппе 27–35 лет (28,7%), именно на этот возраст приходится планирование первого ребенка. В группе III (36–45 лет) каждая 3 пациентка была оперирована по поводу наличия новообразования яичника и бесплодия (40,3%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нами установлено, что основными факторами, влияющими на снижение репродуктивного потенциала, являются возраст пациентки, наличие перенесенных операций на яичниках в анамнезе, гистотип опухоли, характер расположения (одно или двустороннее) и размер опухоли.



ОЦЕНКА ИМПЛАНТАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЭОЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 3D-УЗИ

Соломатина А.А., Хамзин И.З., Братчикова О.В., Чабиева Л.Б., Тумасян Е.А.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Известно, что эндометриоидные образования яичников (ЭОЯ) неблагоприятно влияют на овариальный резерв (ОР). Все чаще появляются сообщения, что наличие ЭОЯ ассоциировано и с изменениями в эндометрии. Двухмерное эхографическое исследование носит субъективный характер. Объективным методом оценки может служить 3D-УЗИ.

ЦЕЛЬ

Оценить имплантационные свойства эндометрия у пациенток после органосохраняющих операций по поводу ЭОЯ по данным 3D-эхографии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Включены пациентки 18–40 лет, после лапароскопической кистэктомии ЭОЯ. I группу составили 114 пациенток с низким ОР (АМГ менее 1,2 нг/мл), которые поделены на подгруппу А (n=44; возраст 18–35 лет) и подгруппу В (n=70; возраст 36–40 лет). Во II группу вошли 58 – с неизменным ОР. Через 6–12 месяцев после операции в среднюю фазу секреции выполнялось двух- и трехмерное УЗИ с применением энергетического доплера и анализа в программе VOCAL. Изучали объем эндометрия и 3D индексы кровотока в эндометриальной и субэндометриальной зонах: индекс васкуляризации (VI); индекс потока (FI) и индекс перфузии (VFI).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 6 месяцев межгрупповое сопоставление зафиксировало сниженный V см³ эндометрия в подгруппе IA (2,58±1,72 см³) и IB – 1,93±1,09 см³. Объем эндометрия во II группе = 2,96±2,11 см³ (p<0,05). Через год в I группе V см³ не имел достоверной разницы с предыдущим исследованием (IA=2,96±2,16 см³; IB=2,41±2,8 см³). Во II группе отмечено увеличение объема эндометрия в 1,6 раз.

Через полгода показатели индексов объемного кровотока в эндометрии для IA составили: VI%=5,32±2,46; FI=29,12±9,02; VFI=4,10±0,12.

Для зоны субэндометрия: VI%=19,29±10,11; FI=28,21±10,13; VFI=4,20±2,09. Перфузия в подгруппе IB была снижена в 2,1 раза в сравнении с IA составляя для эндометрия: VI%=2,39±1,57; FI=19,07±8,12; VFI=2,06±0,16 и субэндометрия: VI%=10,96±5,68; FI=27,32±9,56; VFI=2,21±1,15%. Численные показатели гемодинамики во второй группе были выше 1,2–3,3 раза в сравнении с первой: в эндометрии – VI%=6,58±2,13; FI=32,36±11,12; VFI=3,99±0,65 и субэндометрии – VI%=21,38±11,58; FI=32,36±11,26; VFI=5,39±1,50.

Анализ объемной гемодинамики в подгруппе IA чрез год выявил увеличение степени васкуляризации в среднем в 1,2 и в 1,4 раза в эндометриальной и субэндометриальной зонах соответственно.

Аналогичная тенденция зафиксирована у пациенток II группы, где интенсивность перфузии увеличилась в 1,3 и 1,2 раза соответственно по зонам. У пациенток старшего репродуктивного возраста (подгруппа IB) показатели не имели достоверной разницы с данными предыдущего исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Непреднамеренное повреждение яичника при энуклеации ЭОЯ обуславливает морфофункциональные изменения не только в яичнике, но в эндометрии, что следует рассматривать как один из факторов эндометриоз-ассоциированного бесплодия. Вовлеченность эндометрия в патогенетические механизмы бесплодия при эндометриозе яичников проявляется ухудшением показателей кровотока в слизистой матки. Дополнительным объективным методом оценки состояния эндометрия является 3D УЗИ с анализом кровотока.



ЗНАЧЕНИЕ РОБОТ – АССИСТИРОВАННОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО ИНВАЗИВНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА В ОБЛАСТИ МАЛОГО ТАЗА. (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Черненко И.В., Кира Е.Ф., Политова А.К.

*Обособленное подразделение женская консультация ГБУЗ «ГКБ им Д.Д. Плетнева ДЗМ»
г. Москва*

АКТУАЛЬНОСТЬ

На сегодняшний день эндометриоз является одним из самых распространенных гинекологических заболеваний репродуктивной системы у женщин, которое у 30–40% больных проявляется бесплодием, стойким болевым синдромом в области малого таза, диспареунией, дисменореей, нарушениями функций смежных органов. Проведенный эпидемиологический анализ свидетельствует, что за последние 50 лет в структуре гинекологической заболеваемости частота эндометриоза увеличилась с 7–8 до 35%. Симптомы эндометриоза чрезвычайно разнообразны, вследствие чего и в XXI веке это заболевание называют загадочным и противоречивым. Особенно сложным проявлением эндометриозной болезни являются глубокие инфильтративные поражения с вовлечением в патологический процесс различных отделов кишечника, органов мочевыделительной системы и малого таза.

ЦЕЛЬ

Данного исследования явилось улучшение результатов хирургического органосохраняющего лечения у женщин, страдающих глубоким инфильтративным эндометриозом с помощью применения робот-ассистированной (daVinci) лапароскопии

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 124 женщины с диагнозом глубокого инфильтративного эндометриоза в возраст от 19 до 45 лет. 1 группа – 97 женщин, лечение глубокого инфильтративного эндометриоза малого таза проводилось стандартным лапароскопическим доступом. 2 группа – 27 пациенток после робот – ассистированного лапароскопического иссечения очагов эндометриоза. Строго учитывались критерии включения/невключения в соответствии с международными стандартами хорошей клинической практики. Разработан алгоритм дифференцированного назначения различных видов оперативного вмешательства на основе сравнительного анализа клинической эффективности, оценки интрао-

перационных осложнений, а также осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде. Отдельно изучались данные о восстановлении и реализации репродуктивной функции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем больным обеих групп выполнены операции с сохранением органов репродуктивной системы. Робот-ассистированное лапароскопическое иссечение эндометриодных инфильтратов более прецизионное, сопровождается меньшей операционной травмой, характеризуется более гладким течением послеоперационного периода. При использовании роботизированной видеохирургии снижается интраоперационная кровопотеря (до 102, 6±9, 2 мл). В раннем послеоперационном периоде отмечается меньшая по длительности температурная реакция (1,1±0,3 дня). Робот-ассистированное лапароскопическое иссечение эндометриодных инфильтратов прогнозируется более значимым методом лечения глубокого инфильтративного эндометриоза у пациенток с нереализованной репродуктивной функцией. Беременность наступила у 12 (44%) пациенток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанный алгоритм дифференциального подхода к эндоскопическому лечению эндометриоза различными высокотехнологичными хирургическими методами позволит рационализировать хирургическое лечение, а также повысить репродуктивный потенциал женщин в послеоперационном периоде.



ОСОБЕННОСТИ ЛАКТОФЛОРЫ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ОНКОГЕННОГО РИСКА

Шмакова Н.А., Кононова И.Н., Чистякова Г.Н.

аспирант ФГБУ «НИИ ОММ» МЗ РФ

г. Екатеринбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Общеизвестно, что триггером развития цервикальных интраэпителиальных неоплазий (SIL) и далее их онкотрансформации является вирус папилломы человека (ВПЧ). Однако, онкогенный потенциал ВПЧ реализуется лишь при наличии определенных условий в организме. Известно, что одним из предикторов развития SIL является нарушение цервико-вагинальной микробиоты, что диктует необходимость более углубленного изучения особенностей видового состава лактобациллярной флоры у пациенток с HSIL. Поскольку именно оптимальный рост пероксидпродуцирующих лактобактерий, влияя на функциональную активность антигенпрезентирующих и NK-клеток через Toll-подобные рецепторы эпителиальных клеток, способен не только подавлять рост нежелательной условно-патогенной флоры, но и создавать противоопухолевую защиту, за счет снижения воспалительного компонента.

ЦЕЛЬ

Выявить особенности цервико-вагинальной микрофлоры с видовой идентификацией лактобактерий у женщин с ВПЧ-ассоциированными цервикальными интраэпителиальными неоплазиями высокой степени онкогенного риска, для оптимизации комплексной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование 30 пациенток с ВПЧ-ассоциированными цервикальными интраэпителиальными неоплазиями высокой степени онкогенного риска. Группу сравнения составили 20 клинически здоровых женщин. Всем пациентам был проведен микробиологический анализ цервико-вагинальной микробиоты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с оценкой видового состава лактобацилл (методом MALDI – TOF масс-спектрометрия, в анализаторе VITEKMS). Обязательным критерием для включения в исследование являлось отсутствие применения антибактериальных препаратов в течение 1-го месяца до исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полученные данные микробиологического исследования у данной когорты больных продемонстрировали статистически значимое присутствие факультативного анаэроба *Lactobacillus iners* у 11 (33,3%) относительно здоровой группы ($\chi^2=17,8$ при $p=0,001$). Пероксидпродуцирующие лактобациллы, только в виде *Lactobacillus crispatus* и *Lactobacillus gasseri*, у данного контингента пациентов встречались лишь у 3 (10%) человек, и степень выраженности их роста была меньше (102–103 КОЕ/образец) относительно формально нормативных значений, присутствовавших у здоровых женщин ($\chi^2=35,6$ при $p=0,001$). Полное отсутствие лактобациллярной флоры имели 17 (56,6%) больных. При этом необходимо отметить, что в группе сравнения достоверно чаще присутствовал рост *Lactobacillus crispatus* у 7 (35%) человек относительно пациентов с изучаемой патологией и вид *Lactobacillus jensenii* у 11 (55%), не встречаясь при HSIL. Таким образом, полученные данные были статистически значимыми относительно группы здоровых женщин, где *Lactobacillus iners* вообще не была диагностирована, а рост пероксидпродуцирующих лактобактерий отмечался в пределах нормативных показателей (≥ 106 КОЕ/образец).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Продемонстрированы дисбиотические сдвиги цервико-вагинальной микробиоты в виде снижения частоты выявления и роста лактобактерий ниже формально нормативных показателей (< 106) с увеличением доли *Lactobacillus iners* у пациенток с ВПЧ-ассоциированными цервикальными интраэпителиальными неоплазиями высокой степени онкогенного риска. Выявленные изменения определяют целесообразность включения в комплекс терапии препаратов, коррегирующих оптимальный рост лактофлоры с целью улучшения исходов лечения.



ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Якупова Г.М., Садуакасова Ш.М., Бекниязова Ж.С., Саркулова Д.

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии г. Алматы, Казахстан
г. Алматы*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лечения гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) у женщин позднего репродуктивного возраста и в перименопаузе является одной из важных проблем в современной гинекологии. По данным литературы, эта патология встречается у 50% женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста. В структуре гинекологической патологии частота ГПЭ составляет 15–40%. При рецидивирующей гиперплазии эндометрия (ГЭ) возможно возникновение инвазивного рака в 20–30% случаев. Лечебная тактика при ГПЭ определяется морфологической характеристикой гиперплазии, возрастом пациенток, метаболическим статусом, сопутствующей экстрагенитальной патологией, а также противопоказаниями к гормональной терапии.

ЦЕЛЬ

Оценка клинической эффективности лечения и профилактики гиперпластических процессов у женщин позднего репродуктивного возраста и в перименопаузе комбинированными оральными контрацептивами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали 82 женщины. Средний возраст $44,5 \pm 4,2$, Индекс массы тела (ИМТ) $38,1 \pm 4,8$ кг/м. Женщины, репродуктивного возраста участвовавших в исследовании – 56,2%, остальные – в перименопаузе. В соответствии с типом ГЭ всех разделили на на подгруппы (по классификации ВОЗ). После гистологии из 82 пациенток у 72,2% простая железистая гиперплазия (ПГЭ), у 27,8% – комплексная гиперплазия эндометрия (КГЭ). При анализе МЦ определили доминирование менометроррагии – у 66,7%, у 33,3% – меноррагии. Всем женщинам проводилась трансвагинальная эхография, гистероскопия с РДЭ с гистологией. Критериями включения для внутриматочных вмешательств являлись маточные кровотечения и подозрения на патологию эндометрия по данным трансвагинальной эхографии. Женщины с гиперплазией эндометрия находились под нашим наблюдением в течение 12 месяцев,

в это же время им проводилось лечение. УЗИ исследования у наблюдаемых нами женщин проводились через 3, 6 и 12 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На момент начала приема КОК у исследуемых женщин средняя толщина эндометрия составляла $(4,6 \pm 0,2)$ мм. Через 3 месяца после начала терапии толщина эндометрия составила $(4,2 \pm 0,1)$ мм, а через 6 месяцев – $(3,8 \pm 0,2)$ мм. Более детальный анализ показал, что у 45,0% женщин толщина эндометрия на протяжении первых 6 месяцев была менее 5 мм, в 50,0% случаев колебалась от 5 мм до 8 мм и у 5,0% пациенток через 6 месяцев терапии, толщина эндометрия превышала 8 мм. После 12 месяцев применения КОК улучшение было отмечено у 82,5% женщин. Толщина эндометрия достоверно снизилось по отношению к исходному, и это составило $(2,6 \pm 0,2)$ мм. Таким образом наши результаты подтверждает эффективность циклической гормональной терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Терапия гиперплазии эндометрия у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста имеет хорошие результаты при применении КОК в циклическом режиме не менее 12 месяцев. Эффективность препарата определяется выраженным антипролиферативным действием при минимальной андрогенной активности. Гормональная терапия ГПЭ, направлена на коррекцию менструального цикла, устранение дополнительных эстрогенных влияний и предотвращение рецидива ГЭ.



ГЕНИТАЛЬНЫЙ ПРОЛАПС И СТРЕССОВАЯ ИНКОНТИНЕНЦИЯ. МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Якупова Г.М., Садуакасова Ш.М., Бегниязова Ж.С., Саркулова Д.

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии г. Алматы, Казахстан
г. Алматы*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Генитальный пролапс (ГП) и стрессовая инконтиненция (СИ) являются актуальной проблемой в гинекологии. Частота ГП и СИ от 1 до 50% в популяции. У женщин старше 65 лет заболевание может достигать до 80%.

Причиной ГП могут быть: травма тазовой диафрагмы в родах, если целостность промежности не восстановлена или заживление было вторичным натяжением, генерализованная недостаточность или дисплазия соединительной ткани, нарушение синтеза стероидных гормонов. В лечении тяжелых форм ГП и СИ ведущую роль играет оперативное лечение.

ЦЕЛЬ

Изучить структуру причин генитального пролапса а также возможные осложнения в зависимости от возраста и эффективность используемых методов хирургической коррекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 72 женщины с ГП и его осложнениями, разделены по возрастным категориям: женщины в репродуктивном периоде, позднем репродуктивном периоде, пременопаузе и постменопаузе.

Всем пациенткам проводилась хирургическая коррекция ГП и его осложнений.

Использовались клинические и статистические методы исследования. Дизайн исследования рандомизированное контролируемое исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст составил $53,8 \pm 1$ лет

Результаты исследования выявили, что основными причинами развития ГП и его осложнений, явились сочетание 2-х и более причин у – 75% женщин, гипострогенемия у 66%, акушерский травматизм у 29%, повышение внутрибрюшинного давления у 16%, ненормированный физический труд у 13%, дисплазия соединительной ткани у 13%.

Методы хирургической коррекции ГП были разделены на 3 основные группы: традиционные ме-

тоды были применены у 29% женщин, с использованием синтетических эндопротезов – у 6,6%, комбинированные методы – у 64,4%.

Из традиционных методов хирургической коррекции ГП у 20% пациенток была проведена влагалищная экстирпация с транспозицией мочевого пузыря и субуретральной пликацией, у 4% – манчестерская операция, у 5% – уретровезикопексия по Burgh., с применением синтетических эндопротезов: у 6,6%

Из комбинированных методов хирургической коррекции: у 46% пациенток была выполнена трансобтураторная цистоуретропексия с помощью сетчатого эндопротеза с пластикой промежности, у 11% влагалищная экстирпация матки с трансобтураторной цистоуретропексией с помощью сетчатого эндопротеза с пластикой промежности, у 8% трансобтураторная цистоуретропексия с репозицией тазового дна сетчатыми эндопротезами.

При подведении результатов выявлена высокая эффективность хирургической коррекции ГП через 3, 6 и 12 месяцев после операции. Следует отметить, что частота удовлетворенности результатами хирургической коррекции возрастала в динамике: так улучшение состояния и отсутствие жалоб через 3 месяца выявлено у 91% женщин, через 6 месяцев – у 93%, через 1 год – у 97%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ГП и его осложнений наиболее часто встречается у рожавших женщин, преимущественно в постменопаузальном периоде. Основными факторами риска ГП и СИ являются: гипострогенемия, акушерский травматизм, реконструктивные операции малого таза, а так же сочетание причин. Одной из главных причин, способствующим прогрессированию ГП и СИ, является повышение внутрибрюшинного давления при экстрагенитальных заболеваниях. В связи с обеспечением многоуровневой поддержки структур малого таза комбинированный метод хирургической коррекции ГП и СИ является приоритетным у пациенток с рецидивом заболевания и/или высоким его риском.



ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Ямурзина А.А., Ордянец И.М.

*Российский университет дружбы народов
г. Москва*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Доброкачественная дисплазия молочных желез (ДДМЖ) обнаруживается у 60–80% женщин, причем пациентки репродуктивного возраста с гинекологическими заболеваниями в анамнезе обеспечивают 90% маммологического потока (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018). Актуальным остается и изучение вопросов патогенеза гиперпластических процессов эндометрия и ДДМЖ, так как данная патология характеризуется большой вероятностью развития рецидивов и процесса малигнизации.

ЦЕЛЬ

Определить влияние полиморфизма генов эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в развитии ДДМЖ и гиперплазии эндометрия (ГЭ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 105 женщин в возрасте от 18 до 49 лет, средний возраст составил $41,65 \pm 6,28$ года. Все пациентки были разделены на 3 группы: I группу составили 36 (34,3%) женщины с ДДМЖ, II группа – 27 (25,7%) пациентки с ГЭ без атипии и III группа – 42 (40,0%) с сочетанием ДДМЖ при ГЭ без атипии. Молекулярно-генетическое типирование проводилось с помощью фенольно-хромной экстракции в 2 раза. Исследование локусов генов осуществлялось на амплификаторе CFX96 (Bio-Rad) для ПЦР «real time». Проводился анализ частот аллелей PvuII C/T и XbaI A/G гена ESR1, Val660Leu и +331G/A гена PRG.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С целью выявления эпигенетических маркеров прогнозирования ДДМЖ и ГЭ была изучена частота встречаемости полиморфизма гена ESR1 и PRG. Частота встречаемости гомозиготного аллеля CC полиморфизма PvuII C/T гена ESR1 была в группе ДДМЖ при ГЭ в 3 раза выше, чем в группе ГЭ ($p=0,054$). Мутантная аллель GG полиморфизма XbaI A/G гена ESR1 обнаруживалась в 3 раза чаще в группе ДДМЖ, чем в группе ДДМЖ при ГЭ ($p=0,015$), а частота гетерозиготного генотипа AG

выявлялась в группе ДДМЖ при ГЭ в 2 раза чаще, чем при ДДМЖ ($p=0,054$). При изучении частоты встречаемости полиморфизма Val660Leu гена PRG статистически значимых различий между группами не было обнаружено, как и при полиморфизме +331G/A гена PRG.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аллель CC полиморфизма PvuII C/T гена ESR1 встречалась у каждой третьей женщины с ДДМЖ при ГЭ. Аллель GG полиморфизма XbaI A/G гена ESR1 встречалась у каждой третьей женщины в группе ДДМЖ, а аллель AG у каждой второй пациентки в группе ДДМЖ при ГЭ. Аллель VV полиморфизма Val660Leu гена PRG наблюдалась у каждой пациентки во всех группах, как и аллель GG полиморфизма +331G/A гена PRG. Фактов носительства гомозиготного «мутантного» аллеля AA полиморфизма +331G/A гена PRG у обследованных пациенток не было выявлено. Определение полиморфизма генов эстрогеновых и прогестероновых рецепторов позволит прогнозировать развитие доброкачественной дисплазии молочных желез и гиперплазии эндометрия в будущем.



СВЯЗЬ микроРНК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Ямурзина А.А., Ордянец И.М., Груздева Е.О.

Российский университет дружбы народов

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В конце XX века открыт новый класс малых некодирующих молекул рибонуклеиновой кислоты (miR) длиной 18–25 нуклеотидов, участвующих в транскрипции и посттранскрипционной регуляции экспрессии генов путем РНК-интерференции. МикроРНК отвечают за регуляцию многих жизненно важных процессов в организме человека и принимают непосредственное участие в патогенезе многих заболеваний, в том числе и онкологических. Делеции в генах микроРНК, а также сбой механизма их созревания являются важным звеном процесса трансформации клетки и изменении экспрессии микроРНК, что безусловно актуально на сегодняшний день. Определение экспрессии микроРНК играет большую роль в изучении развития неопластических процессов, таких как доброкачественная дисплазия молочных желез (ДДМЖ) и гиперплазия эндометрия (ГЭ) у фертильных женщин, относящие к предраковым состояниям.

ЦЕЛЬ

Оценить экспрессию ряда отдельных miR (-20a, -21, -125b, -146b, -155, -200a, -205, -221, -22, -429) и их связь с ДДМЖ и ГЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе отделения гинекологии ГКБ им. В.М. Буянова города Москвы. В ходе исследования был произведен забор образцов плазмы крови у 63 пациенток репродуктивного возраста с ДДМЖ (1) и ГЭ (2). С помощью

метода ПЦР в режиме «real time» были выделены miR-20a, miR-21, miR-125b, miR-146b, miR-155, miR-200a, miR-205, miR-221, miR-22, miR-429. Для проведения реакции обратной транскрипции использовали готовые реакционные смеси «Реал Бест Мастер микс ОТ» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия). Полученную реакционную смесь, содержащую кДНК, сразу использовали для проведения ПЦР в режиме реального времени на приборе CFX 96 (Bio-Rad, США). В качестве референсного гена использовалась малая РНК U6. Анализ полученных данных пороговых циклов ПЦР проводился 2(-ΔΔCT) методом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительный анализ экспрессии miR-20a (p=0,753), miR-21(p=0,693), miR-146b (p=0,992), miR-155 (p=0,279), miR-200a (p=0,339), miR-205 (p=0,660), miR-221 (p=0,999), miR-222 (p=0,424) в плазме крови не показал статистически значимых различий. В свою очередь анализ miR-125b выявил достоверное статистически значимое различие (p<0,05) между группами 1 и 2 (p=0,014). Изучение экспрессии miR-429 также показало статистически значимое различие между группами 1 и 2 (p=0,004).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные об экспрессии miR-125b и miR-429 свидетельствуют о возможном влиянии в развитии ДДМЖ и ГЭ у женщин репродуктивного возраста. Определение экспрессии miR позволяет спрогнозировать гиперпластические процессы и риск последующей малигнизации в будущем.



ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МП-МРТ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Носова Ю.В., Солопова А.Е., Хабас Г.Н.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Дифференциальная диагностика новообразований яичников имеет решающее значение для выбора оптимальной тактики ведения пациента. В последние годы исследователи выдвинули гипотезу о том, что применение функциональных методов в дополнение к базовому протоколу МРТ органов малого таза позволяет повысить показатели диагностической точности в характеристике образований с «пограничным риском злокачественности».

ЦЕЛЬ

Оценить диагностические возможности значений DWI, среднего значения ADC и типа кривой TIC в дифференциальной диагностике опухолей яичников, а также их связь с ИГХ-маркерами опухолевой агрессии (Ki67, p53, p16) и опухолевым маркером CA125.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью дифференциальной диагностики 83 пациенткам с опухолями яичников «неясного злокачественного потенциала» по данным УЗИ выполнялось МР с использованием ДВИ (DWI) на МР-томографе Toshiba с напряженностью магнитного поля 1,5 Т. Протокол исследования включал получение T2-ВИ (в трех проекциях), STIR, T1-ВИ, DWI с b-факторами 0, 1000 м/мм², с оценкой значения коэффициента диффузии, построением ADC-карт, Dynamic 3D FatSat. Проанализированы средние значения ADC, проведен корреляционный анализ полученных данных с ИГХ-маркерами опухолевой агрессии (Ki67, p16 и p53), а также с маркером CA-125.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Высокая интенсивность сигнала при значении b=1000 с / мм² значительно реже наблюдалась при доброкачественных (13,3%), чем при злока-

чественных (97,8%) опухолях яичников ($p < 0,001$). Средние значения измеряемого коэффициента диффузии (ADC) злокачественных образований были достоверно ниже соответствующих значений у доброкачественных ($0,84 \pm 0,14$ мм²/с x 10⁻³ и $1,27 \pm 0,2$ мм²/с x 10⁻³, соответственно, что показало статистически значимую разницу ($p < 0,001$), интервалы значений не пересекались. Наши результаты показывают, что значение ADC $< 0,98$ мм²/с x 10⁻³ может стать оптимальным порогом для дифференциальной диагностики ЗОЯ и ДОЯ (с SE=93,3% и SP=90,0%, cut off=1,02 и AUC=0,928). Доброкачественные опухоли яичников показали 1-й тип кривой в 73,3% случаев, и 2-й тип – 26,7%, при ЗОЯ 1-й тип кривой имел место лишь в одном случае (2,2%), 2-й тип – в 22,4% случаев и 3-й тип TIC – 75,4%. Проведен анализ кривой ROC и рассчитана AUC для каждого из этих методов. Парное сравнение AUC показало, что AUC TIC (0,954) был выше, чем AUC DWI (0,91) и ADC (AUC=0,94). Эти результаты предполагают, что тип кривой TIC является более точным методом по сравнению со значением DWI и ADC для отличия доброкачественных новообразований от злокачественных. Однако остальные показатели имеют сопоставимую диагностическую эффективность. Для анализа взаимосвязи между DWI, средним показателем ADC, TIC с экспрессией Ki67, p53, p16 и CA125 использовался корреляционный анализ Спирмена с расчетом коэффициента корреляции r-Спирмена. Корреляции Ki-67, p16 и CA-125 со всеми исследуемыми параметрами оказались статистически значимыми ($p < 0,01$). Умеренно сильная корреляция Ki-67 и p16 была найдена со значениями ADC и типом кривой интенсивности сигнала от времени ($r=0,624$ и $0,6$ соответственно; $p < 0,01$).



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее исследование показало, что DWI, среднее значение ADC и тип кривой TIS способствуют дифференциальной диагностике опухолей яичников с «неясным потенциалом злокачественности». При этом тип кривой TIS является более точным

диагностическим критерием, чем DWI и ADC. Изученные параметры с высокой достоверностью способны отражать степень агрессии опухоли и ее пролиферативную активность, что может отразиться на тактике и прогнозе лечения

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАТИВНОСТИ МРТ И МСКТ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ

Сыркашев Е.М., Солопова А.Е.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Стадия заболевания на момент постановки диагноза – один из основных прогностических факторов рака яичников. Для локализованного процесса выживаемость составляет 92%, при наличии отдаленных метастазов – 29%. Цель хирургического лечения – удаление всех видимых очагов опухоли. При полной циторедукции прогноз лучше, чем в случаях оптимальной/субоптимальной циторедукции. Хирургическое стадирование является основным, для определения неоперабельных опухолей используют методы визуальной диагностики.

ЦЕЛЬ

Анализ диагностической информативности МРТ и МСКТ в определении вторичных изменений при распространенном раке яичников (III-IV) с идентификацией факторов риска выполнения неоптимальной циторедукции и наличия любой остаточной ткани опухоли.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование включили 42 женщины с РРЯ. Перед операцией было выполнено МРТ (22) и КТ (23). Проанализировано местное распространение и наличие депозитов в брюшной полости (в т.ч. наиболее значимых по данным ESMO/ESGO). Каждой из локализаций при наличии депозитов присваивали 1 балл. Полученные данные сравнивали с интраоперационными. Для каждого метода подсчитана информативность. Вычислено отношение шансов выполнения полной циторедукции, наличия любой остаточной ткани опухоли и неоптимальной циторедукции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 95,2% (40) наблюдалась серозная карцинома высокой степени злокачественности, в 4,8% (2) – низкой степени. В 16,7% (7) случаев была установлена IIIa/b стадия, в 50,0% (21) – IIIc, в 33,3% (14) – IV (FIGO).

Показатели чувствительности, специфичности и точности определения вторичных изменений для КТ составили 0,66, 0,96 и 0,86, для МРТ – 0,84, 0,89 и 0,90.

Полная циторедукция была выполнена в 29 (69,0%) случаях, оптимальная – в 8 (19%), неоптимальная – в 5 (11,9%) (2 операции выполнены по витальным показаниям, что соответствует частоте неоптимальной циторедукции 7,1%). Отношение шансов (ОШ) выполнения неполной циторедукции (любая остаточная ткань опухоли) при поражении тонкого кишечника и его брыжейки составило 5,2 (95% ДИ 1,25; 21,49) и 8,3 (95% ДИ 1,58; 43,6). ОШ выполнения неоптимальной циторедукции при вовлечении желудка, двенадцатиперстной кишки или поджелудочной железы составило 7,75 (95% ДИ 1,19; 50,12), при поражении тонкого кишечника – 22,85 (95% ДИ 2,29; 227,42).

Чувствительность, специфичность и точность определения вторичных изменений тонкого кишечника и брыжейки по данным МРТ – 0,73, 0,93 и 0,86, для КТ – 0,44, 1,0 и 0,80. Информативность определения вторичных изменений по брюшине с инвазией стенки желудка для МРТ составила 0,84, 0,89 и 0,90, для КТ – 0,29, 1,0 и 0,78.

Недооценка степени распространения по данным КТ наблюдалась в 65,2% (15 из 23). Медиана коли-



чества баллов по данным МРТ составила 8,5 (6,0–13,25), интраоперационных данных – 10,0 (6,5–14,0). Медиана баллов по данным КТ – 5,0 (2,0–7,0), интраоперационных данных – 7,0 (4,0–10,0). Разница более 3 баллов по данным КТ наблюдалась в 39,1% (9) случаев, по данным МРТ – в 13,6% (3). Порог отсечки выполнения субоптимальной циторедукции – 10 баллов, AUC-ROC – 0,780, чувствительность – 0,67, специфичность – 0,74, точность – 0,73.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные позволяют использовать МРТ в качестве альтернативного либо уточняющего метода предоперационной диагностики РРЯ, позволяющего с высокой точностью определить наличие вторичных изменений на уровне наиболее значимых с позиции циторедуктивного вмешательства локализаций брюшной полости.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО СОСТАВА КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРОЗНЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

Юрова М.В., Чаговец В.В., Франкевич В.Е., Хабас Г.Н., Павлович С.В.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет),
ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России
г. Москва*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Злокачественные опухоли яичников занимают значимое место в структуре онкогинекологических заболеваний. Рак яичников (РЯ) превалирует по числу смертей среди заболеваний женских репродуктивных органов. Выявление более ранних стадий (Ia-IIa) РЯ ассоциировано с улучшением исходов, однако, сопряжено с существенными сложностями.

ЦЕЛЬ

Сравнить липидные профили крови пациентов с серозным раком яичников высокой степени злокачественности и пациентов группы контроля.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России проведено проспективное исследование «случай-контроль». У 28 пациентов до оперативного вмешательства был выполнен забор сыворотки крови; серозный рак яичников I-IV стадий по FIGO верифицирован гистологически. Группу контроля составили 13 здоровых женщины репродуктивного возраста, наличие патологии у которых было исключено при клиническом обследовании. Анализ липидного состава 41 образца крови проводили с помощью метода масс-спектрометрии с ионизацией электрораспыления на масс-спектрометре Maxis Impact qTOF (Bruker Daltonics, Бремен, Германия). Чтобы выявить пациентов с более ранними стадиями (I-II стадий) эпителиального серозного РЯ высокой степени злокачественности первым этапом проведено сравнение содержания липидов в сыворотке крови пациентов данной группы

и пациентов группы контроля, вторым этапом – пациентов с более ранними и более прогрессирующими стадиями заболевания (III-IV). С помощью метода дискриминантного анализа ортогональных проекций на скрытые структуры (OPLS-DA) выполняется построение OPLS-модели на основании уровней статистически значимых липидов, рассчитывают оценочный параметр (ОП). Для выявления различий между выборками применялся непараметрический T-критерий знаковых рангов Уилкоксона.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Идентифицировано 345 липидов. Построены две OPLS-DA модели для масс-спектрометрических данных, полученных в режиме положительных ионов. В случае первой модели были выделены две главные компоненты и разработан ОП, позволяющий дифференцировать пациентов группы контроля от пациентов с серозным РЯ. В случае второй модели были выделены две главные компоненты и разработан ОП, позволяющий дифференцировать пациентов с серозным РЯ I-II стадий от пациентов с серозным РЯ III-IV. Созданная статистическая модель OPLS-DA для дифференциальной диагностики образцов сыворотки крови пациентов группы контроля от пациентов с серозным РЯ высокой степени злокачественности I-IV стадии: чувствительность и специфичность ROC-кривой данной модели OPLS-DA, достигли 1. Для дифференциальной диагностики образцов I-II и III-IV стадий РЯ использованы данные второй модели OPLS: чувствительность ROC-кривой достигла 0.96, специфичность – 1, AUC=0.99.



XXI ВСЕРОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
Мать и Дитя – 2020

28–30 СЕНТЯБРЯ 2020 ГОДА
Московская область, г. Красногорск,
МВЦ «Крокус Экспо», 3 павильон, 4 этаж, 20 зал

Авторы ▶

Содержание ▶

Постерные доклады ▶

Тезисы ▶

В начало ▶

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленность ряда маркерных липидов (фосфатидилхолины, этаноламины, ди- и триглицериды, сфингомиелины, церамиды, фосфатидилсерин, фосфоинозитолы, простагландины) в образцах сыворотки крови пациентов с I-IV стадиями РЯ, в частности с I-II стадиями, значительно различается

от таковой в группе контроля. Показана возможность классификации образцов сыворотки крови от пациентов группы контроля и пациентов с серозным РЯ, и последующей дифференциации образцов сыворотки крови пациентов с серозным РЯ по стадиям заболевания.



РЕПРОДУКТОЛОГИЯ

ВЛИЯНИЕ МИКРОВЕЗИКУЛ ЕСТЕСТВЕННЫХ КИЛЛЕРОВ ЛИНИИ NK-92 НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОК ТРОФОБЛАСТА ЛИНИИ JEG-3

Горшкова А.А., Маркова К.Л., Козырева А.Р., Соколов Д.И., Сельков С.А.

ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О.Отта»

г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Микровезикулы (МВ) представляют собой везикулярные фрагменты плазматической мембраны диаметром от 100 до 1000 нм. МВ продуцируются многими клетками организма и обнаруживаются практически во всех биологических жидкостях человека. Наличие разнообразных биологически активных молекул в составе МВ и широкий репертуар поверхностных рецепторов определяет участие МВ в различных физиологических и патологических процессах, протекающих в организме. Показано, что NK-клетки являются источником МВ. Функциональная активность NK-клеток обеспечивается как за счет лиганд-рецепторных взаимодействий с окружающими клетками, так и за счет секреции различных медиаторов. Предполагается, что МВ, продуцируемые в зоне маточно-плацентарного контакта децидуальными NK-клетками, могут участвовать в межклеточных коммуникациях и регулировать функциональную активность клеток трофобласта, что в свою очередь может оказывать влияние на процессы, происходящие в ходе беременности.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилась оценка размера МВ, полученных от клеток линии NK-92, а также их влияния на пролиферативную активность клеток трофобласта линии Jeg-3 и способность к передаче им белковых молекул.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Источником МВ явились активированные IL-1 β и интактные естественные киллеры линии NK-92. Клетки инкубировали в течение 24 часов при 37 °С и 5% CO₂ в концентрации 400*10³/мл культуральной среды. Выделение МВ производили при помощи метода дифференциального центрифугирования. Для этого содержимое флаконов центрифугировали при 200g, 22 °С 10 мин

для осаждения клеток. Затем супернатанты последовательно центрифугировали при 500g, 4 °С 10 мин, 9900g, 10 °С 11 мин и 19800g, 10 °С 20 мин. Полученный осадок МВ был дважды отмыт раствором Хенкса без Ca²⁺ и Mg²⁺ и осажден при 19800g, 10 °С 20 мин. Количество белка в пробе МВ измеряли по методу Брэдфорда. При помощи трансмиссионного электронного микроскопа JEM-1400 производили оценку размера МВ. Влияние МВ на пролиферативную активность клеток трофобласта линии Jeg-3 оценивали при помощи культурального метода и спектрофотометрического анализа. Для оценки передачи белков, содержащихся внутри МВ, была проведена предварительная обработка клеток линии NK-92 флуоресцентным красителем CFSE. Полученные из окрашенных клеток МВ добавляли к клеткам трофобласта и инкубировали в течение 24 часов. При помощи проточного цитофлуориметра FACSCanto II оценивали включение флуоресцентной формы CFSE в клетки линии Jeg-3. Статистическую обработку полученных данных производили с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Размеры МВ клеток линии NK-92 лежали в диапазоне 187–353 нм. Культивирование МВ линии NK-92 с клетками линии Jeg-3 приводило снижению пролиферативной активности клеток трофобласта и передаче флуоресцентной метки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Культивирование МВ клеток NK-92 с клетками линии Jeg-3. приводит к изменению функциональных свойств клеток трофобласта, за счет моделирования их пролиферативной активности, а также передачи белковых молекул им. Это свидетельствует о том, что МВ способны участвовать в межклеточной коммуникации, играющей важ-



ную роль в реализации как физиологических, так и патологических состояний.

Работа поддержана грантом РФФИ 20–015–00014А (трофобласт как регулятор функций НК-клеток) и государственным заданием № ААА–А19–119021290116–1

МИКРОВЕЗИКУЛЫ НК-КЛЕТОК ОПОСРЕДУЮТ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ КЛЕТОК-ИСТОЧНИКОВ

Горшкова А.А., Маркова К.Л., Соколов Д.И., Сельков С.А.

ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О.Отта»

г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Микровезикулы (МВ) – популяция мембранных везикул плазматического происхождения размером от 100 до 1000 нм, продуцируемых различными типами клеток во время их жизнедеятельности. Они обнаружены в различных биологических жидкостях человека. Предполагают, что МВ вносят вклад в патогенез различных заболеваний, а также обладают диагностическим потенциалом. Естественные киллеры являются важнейшими участниками как врожденного, так и адаптивного иммунитета, участвуют в реализации механизмов иммунологической толерантности при беременности, а также в патогенезе различных заболеваний, в том числе эндометриоза. В связи с этим, изучение свойств и функций МВ естественных киллеров является актуальной задачей.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось изучение функциональных характеристик МВ естественных киллеров линии НК-92.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Источником МВ служили клетки линии НК-92. Клетками-мишенями для изучения свойств МВ явились эндотелиальные клетки (ЭК) линии EAhy926. МВ выделяли при помощи метода дифференциального центрифугирования, для этого среды, полученные после культивирования клеток, последовательно центрифугировали в растворе Хенкса без Ca^{2+} и Mg^{2+} при 500g 10 0С 10мин, 9900g 10 0С 11 минут, 20000g 10 0С 20 минут. При помощи культурального метода и спектрофотометрии оценивали влияние МВ на пролиферативную и миграционную активность ЭК. Методом проточной цитометрии (цитометр FACS Canto II) исследовали влияние МВ на изменение поверхностных маркеров ЭК, а также передачу флуоресцентной метки от МВ к ЭК. Для стандартизации

и количественной оценки МВ производили изменения содержания белка в них по методу Бредфорда, в исследовании использовали МВ с общим содержанием белка 2 мкг/100 мкл, 10 мкг/100 мкл и 100 мкг/100 мкл. Для контроля размера выделяемых везикул проводили гранулометрический анализ, используя спектрометр Zetasizer NanoZS. Статистическую обработку результатов проводили в программе Statistica 10 с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Влияние МВ на пролиферативную активность ЭК зависело от общего содержания белка: при низком содержании (2 мкг/100 мкл) было отмечено повышение пролиферативной активности ЭК, а при высоких (10 мкг/100 мкл и 20 мкг/100 мкл) снижение пролиферативной активности. В результате культивирования ЭК в присутствии МВ с общим содержанием белка 20 мкг/100 мкл установлено снижение миграционной активности ЭК за счет уменьшения количества мигрировавших ЭК. Культивирование МВ от клеток линии НК-92 приводило к появлению на ЭК панлейкоцитарного маркера CD45, снижению экспрессии CD105 и повышению экспрессии CD34 и CD54 и передаче флуоресцентной метки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Контакт МВ с ЭК приводит к изменению функциональных и фенотипических свойств эндотелия. Таким образом, МВ естественных киллером способны моделировать функциональную активность ЭК, передавать белковые молекулы, встраивающиеся в плазматическую мембрану клетки. Полученные данные позволяют высказать предположение о том, что МВ могут выступать особым механизмом, опосредующим функциональную активность НК-клеток. Работа поддержана НИР АААА-А19-119021290116-1, НИР ААА-А20-120041390023-5.



ИЗУЧЕНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО ВКЛАДА В РАЗВИТИЕ АНЕУПЛОИДИЙ ЭМБРИОНОВ В ПРОГРАММАХ ВРТ

Екимов А.Н., Александрова Н.В., Е.Шубина, Ритчер О.В., Гольцов А.Ю., Трофимов Д.Ю.

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

г. Москва

ВВЕДЕНИЕ

Хромосомные нарушения эмбрионов, в частности анеуплоидии, являются ведущим фактором неудачных программ ВРТ и последующих потерь беременности (Franasiak JMFE et al., 2014). Вероятность обнаружения хромосомных нарушений напрямую зависит от возраста женщины и в большинстве случаев может не совпадать с морфологической оценкой качества эмбрионов. Известно, что основной причиной ХА эмбрионов у женщин старшего репродуктивного возраста являются ошибки мейоза ооцитов МII (Handyside and Montag, 2012), однако достаточно высокая частота ХА эмбрионов у пациенток более молодого возраста не позволяет исключить и отцовский вклад в их формирование. Возможность установить механизм формирования анеуплоидий эмбрионов у супружеской пары, проходящей программу ВРТ, позволило бы более оптимально подобрать программу для достижения желанной беременности (в т.ч. с использованием донорских ооцитов и спермы).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Создание методического подхода для дальнейшего изучения механизма возникновения анеуплоидий эмбрионов с учетом родительского вклада.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 63 пары пациентов (126 человек), обратившихся для проведения программы ВРТ с ПГТ-А со следующими показаниями: возраст матери старше 35 лет; неоднократные неудачные попытки ЭКО в анамнезе (2 и более); привычное невынашивание; выраженные нарушения сперматогенеза; желание пациентки.

Данные эмбрионы были обследованы как с помощью сравнительной геномной гибридизации на чипах (Agilent), так и с помощью высокопроизводительного секвенирования (ReproSeq, Thermo Fisher Scientific). Для проведения полногеномной амплификации использовались два принципиальных подхода: WGA-PCR с помощью наборов фирмы Rubicon и MDA с помощью наборов фирмы

Qiagen. В дальнейшем полученный полногеномный амплификат использовался для проведения фрагментного анализа с помощью оригинальных, разработанных в рамках данного исследования праймеров для STR-анализа. Полученные фрагменты анализировали с помощью прибора для проведения капиллярного фореза ABI-3500.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего было проанализировано 155 эмбрионов, из них 81 с анеуплоидиями (52,3%), в которые были вовлечены все хромосомы человека, включая половые. Затем были подобраны и синтезированы праймеры для анализа хромосом 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 22 и X.

В ходе работы было установлено, что для успешного проведения STR-анализа и определения родительского вклада в развитие анеуплоидий эмбрионов можно использовать как продукт, полученный с помощью WGA-PCR (и с баркодами для NGS, и без них), так и продукты, полученные с помощью MDA, которые получают на 1 этапе – при проведении ПГТ-А. Однако надежные результаты можно получить только в том случае, если STR-маркеры родителей не совпадают.

ВЫВОДЫ

Показана принципиальная возможность проведения фрагментного STR-анализа с целью генотипирования эмбрионов с использованием различных продуктов полногеномной амплификации. Данный подход позволяет проводить преимплантационный скрининг и диагностику (ПГТ-А и ПГТ-М) совместно с генотипированием эмбрионов без необходимости повторных биопсий, которые могут негативно влиять на их жизнеспособность. Изучение влияния родительского вклада в развитие анеуплоидий эмбрионов в будущем возможно позволит выбрать наиболее оптимальную тактику ведения пациентов, нуждающихся в ВРТ. Кроме того данный подход позволяет осуществлять быстрое и не дорогое сравнение генетических профилей будущих родителей, исследуемых эмбрионов и плода в случае наступления



беременности, что может быть особенно важным в программах с ПГТ-М.

Данная работа поддержана за счет средств, предоставленных РФФИ, в рамках научного проекта № 17–29-06041.

МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Ипатов М.В., Маланова Т.Б., Медведева И.М.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема медицинской реабилитации женщин с гинекологическими заболеваниями в центре внимания медиков России. «Архитектура» гинекологической патологии сложна, разнообразна и включает: воспалительные заболевания органов малого таза (56%), нейроэндокринные синдромы (38%), генитальный эндометриоз (30%), послеоперационные осложнения (25–50%), климактерические расстройства (5%), аномалии развития половых органов (1%). Успех физиолечения заболеваний половой системы во многом зависит от тесного рабочего контакта в мультидисциплинарной команде специалистов, включающей гинеколога, физиотерапевта, психолога и др.

ЦЕЛЬ

Поэтому прогностическая ценность санаторного этапа лечения неоспорима и имеет важное социально-экономическое значение. Среди курортов России особое место занимает климатобальнеологический курорт Белокуриха (санаторий «Россия»). Здесь обеспечивают персонализированный подбор комплексных лечебных программ, что отвечает современным требованиям к реабилитации пациенток с гинекологическими заболеваниями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В комплексе лечения женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза результативны: электроимпульсная терапия (диадинамо-, амплипульс-, интерференц- и ультратонотерапия); низкочастотная магнитотерапия, в т.ч. высокоинтенсивное магнитное поле; лазеротерапия; механотерапия (вибромассаж и вибротерапия). А у пациенток с пролиферативными заболеваниями – ФТ нетеплового и нетеплообразующего действия (лимфодренаж, элек-

тронеиностимуляция, бесконтактный массаж электростатическим полем, инфитатерапия). У 45–72% женщин диагностируются расстройства вегетативной нервной системы. Они сопровождаются изменением тонуса церебральных сосудов и вертебробазилярного бассейна. Т.е. имеет место нарушение функции центрального регулирования кровообращения на трассе «сердце-головной мозг», что влияет и на кровоснабжение малого таза. Поэтому в лечебный комплекс входят ФФ общего действия (бальнео-, водолечение) и центральную регулируемую ФТ (гальванизацию зоны воротника; дистанционную инфита- или цветоритмотерапию), нормализующие работу сопряженных над – и сегментарных отделов мозга. У 43–65% женщин в пре- и постменопаузе выявление клинически значимого дрейфа патогенеза урогинекологических и цереброваскулярных проблем, лечение и обучение полученным навыкам применения отдельных методологий в домашних условиях (ЛФК, диетотерапия) позволяет существенно улучшить качество жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Критериями объективизации результатов лечебных технологий являются: в качестве скрининга – бимануальная и ультразвуковая оценка состояния половых органов; определение показателей доплеровских кривых маточного кровотока; маркеры ряда клинико-функциональных исследований (ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ); а также иммунного и эндокринного статуса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Залогом успеха санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации женщин с гинекологическими заболеваниями является возможность регулирующего влияния на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую и катехоламинэргиче-



скую системы, что сопровождается седативным, анальгетическим, противовоспалительным и десенсибилизирующим действиями. Результатив-

ность комплексного лечения составляет более 90%.

МИКРОВЕЗИКУЛЫ МАКРОФАГОВ ПОДАВЛЯЮТ ПРОЛИФЕРАЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ

Козырева А.Р., Маркова К.Л., Горшкова А.С., Сельков С.А., Соколов Д.И.

*Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта
г. Санкт-Петербург*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ангиогенез – процесс формирования кровеносных сосудов, сопровождающий патологические и физиологические процессы, в том числе образование плаценты. Протекание ангиогенеза зависит от функционального состояния эндотелиальных клеток (ЭК), а также от клеток микроокружения, в частности макрофагов (МФ). Механизмы взаимодействия МФ с ЭК остаются недостаточно изученными. На протекание ангиогенеза могут влиять микровезикулы (МВ), формируемые МФ, особые структуры, диаметром 100–1000 нм, рассматриваемые в качестве одного из участников межклеточной коммуникации. Изучение влияния МВ макрофагального происхождения на ангиогенез может пролить свет на новые механизмы в основе взаимодействия МФ и ЭК.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилась оценка влияния МВ клеток линии ТНР-1 на пролиферацию ЭК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании были использованы клетки линии ТНР-1 в качестве источника МВ и ЭК линии EA.hy926. Для удаления клеток линии ТНР-1 суспензию из флаконов центрифугировали при 200g 22°C 10 минут. Полученные супернатанты последовательно центрифугировали при 500g и 4 °C в течение 10 минут, 9900g и 4 °C в течение 11 минут, 19800g и 4 °C в течение 20 минут. Затем дважды промывали раствором Хенкса без Ca²⁺ и Mg²⁺ и снова центрифугировали при 19800g и 4°C 20 минут. В экспериментах использовали несколько концентраций МВ: 3,276±0,882 мкг/100 мкл (Концентрация 1), 1,638±0,441 мкг/100 мкл (Концентрация 2), 0,819±0,220 мкг/100 мкл (Концентрация 3), 0,410±0,11 мкг/100 мкл (Концентрация 4). ЭК вносили в лунки 96-луночного плоскодонного планшета. Через 24 часа к ним добавляли МВ интактных и активированных IL-1β клеток линии ТНР-1

и культивировали 72 часа. Затем окрашивали ЭК раствором кристаллического фиолетового. Планшет высушивали, проводили экстракцию красителя раствором уксусной кислоты. Учет оптической плотности проводили при длине волны 540 нм. Оптические плотности переводили в количество клеток при помощи кривой титрования. Об изменении уровня пролиферации судили по изменению количества клеток по сравнению с инкубацией в среде с добавлением 2,5% ЭТС.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пролиферация ЭК в присутствии 2,5% ЭТС была принята в качестве базового уровня. При культивировании ЭК в присутствии МВ интактных клеток линии ТНР-1 в концентрациях 1, 2, 3 и в присутствии МВ активированных IL-1β клеток линии ТНР-1 в концентрации 1 отмечено снижение уровня пролиферации по сравнению с базовым. При добавлении МВ интактных клеток в концентрации 4 подавляющий эффект МВ в отношении пролиферации ЭК исчезал. При культивировании ЭК с МВ активированных IL-1β клеток линии ТНР-1 подавляющий эффект МВ исчезал уже на концентрации 2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Микровезикулы клеток линии ТНР-1 оказали подавляющее действие на пролиферативную активность ЭК, возможно, за счет экспрессии рецепторов для VEGF на своей поверхности. При этом их активация цитокином IL-1β уменьшала подавляющий эффект, возможно, за счет стимуляции продукции VEGF МФ. Работа поддержана стипендией Президента РФ СП-420.2019.4.



ПОДГОТОВКА К ПРОГРАММЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ: ВОЗМОЖНОСТИ САНАТОРНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ

Медведева И.М., Ипатова М.В., Маланова Т.Б.

*ФГБУ НМИЦ АГП им. Кулакова В.И. Минздрава РФ
г. Москва*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота бесплодных браков в России составляет 8–20%. Эффективным современным методом лечения женского бесплодия являются программы ВРТ. При этом результативность метода зависит от состояния эндометрия. Большинство пациенток с наличием соматической патологии. Поэтому роль санатория, расположенного в уникальной климатической зоне с минеральными природными источниками, приобретает особую значимость. Комплексные лечебно-восстановительные программы, разработанные на курорте, являются результативными при подготовке к ВРТ.

ЦЕЛЬ

Цель работы: оптимизировать подготовку эндометрия у пациенток перед программой ВРТ в условиях санатория.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

92 пациенткам с миомой матки и эндометриозом I и II ст. распространения в комплекс лечения была включена экстракорпоральная магнитная стимуляция («АВАНТРОН») и бесконтактный массаж электростатическим полем («ЭЛГОС») – ФТ, нетеплового действия и без пролиферативного эффекта.

На 7 и 22 овуляторного дц проведены УЗ оценка состояния эндометрия, доплерометрия маточного кровотока, определены маркеры имплантации: лейкопения ингибирующего фактора (LIF), сосудистого эндотелиального (VEGF-A), фактора некроза опухоли (TNF α), трансформирующего фактора роста (TGF β).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 85,7% женщин выявлено расстройство вегетативной нервной системы (РВНС). Оно сопровождается изменением тонуса сосудов (100%) и давления в вертебробазиллярном сосудистом бассейне (56,5%) а также десинхронизацией биоритмов головного мозга (100%) в виде изменений феноменологических характеристик а-активности. Т.е. имеет место нарушение функции центрального

регулирования кровообращения, что влияет и на кровоснабжение зоны малого таза. Поэтому в лечебный комплекс введены ФФ общего действия (климатотерапия, бальнеолечение, терренкур, питье минеральных вод) и центральная регулирующая ФТ (цветоритмотерапия, электросон), нормализующих работу над – и сегментарных систем организма.

После ФТ на 5–7 дц толщина эндометрия составила $4,91 \pm 0,3$ мм при его однородной структуре, на 22 дц – $9,00 \pm 0,11$ мм. Показатели сосудистого сопротивления, повышенные до ФТ, снизились: в маточных артериях в 88,0%, аркуатных – в 51,1% и радиальных – в 41,3% случаях. Улучшению маточного кровотока способствовала локальная и центральная регулирующая ФТ. Опосредованное влияние на деятельность миокарда оказали климатотерапия, бальнеолечение и дозированные физические нагрузки, что способствовало восстановлению вегетативного гомеостаза у 96,7% пациенток.

На 22 дц экспрессия LIF в поверхностном эпителии была средней при доле клеток, содержащих пиноподии, $22,8 \pm 2,9\%$. Максимальная экспрессия VEGF-A эпителиальными стромальными клетками отмечена у 78,3% пациенток, уровень TNF α в маточном эпителии составил $44,9 \pm 3,4$, а содержание TGF β – $24,3 \pm 2,3$ пг/мл.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у пациенток с бесплодием и пролиферативными заболеваниями органов малого таза комплексная ФТ в условиях санатория способствует улучшению рецептивности эндометрия вследствие положительного влияния на маточное кровообращение и ряд маркеров имплантации. ФФ центрального и общего действия обладают вегетокорректирующим и общеукрепляющим эффектом, что позволяет купировать признаки РВНС и способствовать оздоровлению женщин.



СУБОПТИМАЛЬНЫЙ ОТВЕТ НА СТИМУЛЯЦИЮ СУПЕРОВУЛЯЦИИ В СВЕЖИХ ЦИКЛАХ ЭКО/ИКСИ: КАКИЕ ЕСТЬ ОСОБЕННОСТИ?

Нгуен Конг Туан

*Медицинский факультет Санкт-Петербургского государственного университета
г. Санкт-Петербург*

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время ответ на стимуляцию суперовуляции разделяется на следующие уровни: бедный (0 – 3 ооцита); субоптимальный (4 – 9 ооцитов); оптимальный (10 – 15 ооцитов) и избыточный (> 15 ооцитов). Частота встречаемости субоптимального ответа на стимуляцию яичников достаточно высокая. По данным HFEA (Human Fertilisation and Embryology Authority) когорты женщин с субоптимальным ответом на стимуляцию в программах ЭКО составляет 43,3%, целенаправленного сопровождения не имеет и обычно рассматривается в одной категории с женщинами, имеющими оптимальный ответ на стимуляцию. Однако, появились сообщения о том, что эффективность программы ВРТ с учетом корреляции между количеством полученных ооцитов после контролируемой овариальной стимуляции и частотой наступления клинической беременности и рождением живых детей у женщин с субоптимальным ответом значительно ниже, чем у женщин с оптимальным ответом.

ЦЕЛЬ

Определение особенностей свежих циклов ЭКО/ИКСИ у пациентов с субоптимальным ответом на стимуляцию яичников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное исследование данных 400 свежих циклов с субоптимальным ответом на стимуляцию яичников. Проведен анализ клинических и эмбриологических данных, гормонального статуса, овариального резерва, параметров и исхода циклов ЭКО/ИКСИ. Определение корреляции между различными показателями. Разделяя на различных группы по клинической характеристике и проводили сравнение исхода ЭКО/ИКСИ между ними.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Женщины с субоптимальным ответом на стимуляцию были, в основном, старшего репродуктивного возраста, в среднем $34,3 \pm 4,8$ лет. 79,25% пациентов перенесено операцией на органы малого таза и 70,5% пациентов перенесено воспалением

матки и придатков. Частота наступление клинической беременности в свежих циклах у пациентов с субоптимальным ответом на контролируемую стимуляцию суперовуляции составляет 26,8%. Имеется достоверная корреляция между количеством полученных ооцитов и возрастом, концентрацией АМГ, КФА ($r: (-0,25); 0,3; 0,39$ соответственно и $p < 0,01$). Частота наступления клинической беременности в свежих циклах ЭКО/ИКСИ с субоптимальным ответом у пациентов с мужским фактором бесплодия значительно выше, чем с миомой матки или перенесённым воспалением матки и придатков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У женщин с субоптимальным ответом на стимуляцию яичников частота наступления беременности не превышает 30%. К предикторам субоптимального ответа на КССО относятся возраст старше 35 лет, уровень концентрации АМГ, КАФ, факт оперативного вмешательства на органах малого таза. Ко-факторами по негативному влиянию на исход ЭКО/ИКСИ у женщин с субоптимальным ответом на стимуляцию яичников являются сопутствующие миома матки и воспалительные заболевания матки и придатков.



ВЛИЯНИЕ ЭМБРИОЛОГИЧЕСКОГО ЭТАПА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ВРТ С ПЕРЕНОСОМ РАЗМОРОЖЕННОГО ЭМБРИОНА

Петросян Я.А., Макарова Н.П., Сыркашева А.Г., Романов А.Ю., Калинина Е.А.

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

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В стандартной практике проведения ЭКО в 60% случаях после переноса эмбрионов остаются излишние эмбрионы, подходящие для проведения криоконсервации.

При этом не существует единой эмбриологической тактики для проведения переноса размороженного эмбриона (РЭ). Основным критерием эффективности программ криоконсервации является морфологическая интактность эмбрионов после оттаивания и их способность к дальнейшему дроблению. Вопрос о целесообразности пролонгирования культивирования эмбрионов (более 144 часов после оплодотворения) также остается предметом дискуссии. По мнению многих авторов, эмбрионы, сформировавшие бластоцисту на 6-е сутки и позже, имеют гораздо более низкую частоту имплантации. Однако часто у супружеских пар нет эмбрионов, соответствующих стадии бластоцисты на 5-е сутки культивирования, что вызывает необходимость дальнейшего изучения данной проблемы.

ЦЕЛЬ

Изучить влияние эмбриологического этапа на эффективность программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) с переносом размороженного эмбриона (РЭ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено лечение бесплодия 288 пар с помощью ВРТ с переносом РЭ, которые были стратифицированы в две группы в зависимости от наступления беременности: группа 1 (беременность +, n=92), группа 2 (беременность – n=196). Затем оценивали особенности эмбриологического этапа в группах сравнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке клинико-анамнестических характеристик статистически значимых различий в группах не выявлено. Характеристики клинического этапа подготовки эндометрия были сравнимы в группах.

На частоту наступления беременности положительно влияет оплодотворение ооцитов методом ЭКО, отличная морфология эмбриона при размораживании, а также витрификация бластоцисты на 5 сутки культивирования. Перенос эмбриона в культуральной среде, обогащенной гиалуроновой кислотой, не оказывают эффекта на частоту клинической беременности в общей группе пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В качестве основных предикторов наступления беременности при переносе размороженного эмбриона можно рассматривать следующие факторы: качество эмбриона при оттаивании, витрификацию эмбрионов на 5 сутки культивирования, а также оплодотворение методом ЭКО.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТОКОЛОВ ПОДГОТОВКИ ЭНДОМЕТРИЯ К ПЕРЕНОСУ РАЗМОРОЖЕННОГО ЭМБРИОНА В ПРОГРАММАХ ВРТ

Петросян Я.А., Сыркашева А.Г., Романов А.Ю., Макарова Н.П., Калинина Е.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Криоконсервация эмбрионов расширила возможности лечения бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

К основным методам подготовки эндометрия в криоциклах относят «естественный» (натуральный) цикл (ЕЦ) и «циклическую гормональную терапию» (ЦГТ).

Несмотря на широкое применение переноса РЭ в программах ВРТ, эффективность различных протоколов подготовки эндометрия является спорным вопросом.

ЦЕЛЬ

Определить эффективность различных протоколов подготовки эндометрия в циклах ВРТ с переносом размороженного эмбриона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено лечение бесплодия 288 пар с помощью ВРТ с переносом размороженного эмбриона (РЭ), которые были стратифицированы в две группы в зависимости от наступления беременности: группа 1 (беременность +, n=92), группа 2 (беременность – n=196). Оценивали влияние пара-

метров различных протоколов подготовки эндометрия на эффективность программ ВРТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота наступления беременности была погранично значимо выше при переносе РЭ в спонтанном менструальном цикле (41,2%) по сравнению с переносом на фоне приема циклической гормональной терапии (30,0%), $p=0,083$. Не было выявлено значимых различий по использованию различных препаратов эстрогенов и гестагенов, средней дозе эстрогенов, режиму назначения гестагенов, толщине эндометрия в день переноса эмбрионов. В спонтанном менструальном цикле отношение шансов (ОШ) наступления беременности при длительности собственного менструального цикла от 25 до 34 дней составило 4,25 (95% ДИ 1,15; 17,23).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, частота наступления беременности несколько выше при переносе размороженного эмбриона в спонтанном менструальном цикле, однако ключевое влияние на эффективность программы в данном случае оказывает длительность менструального цикла (от 25 до 34 дней).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ГОНАДОТРОПИНОВ ПРИ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ИНДУКЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Хетагурова Д.Т., Курцер М.А., Касьянова Г.В., Ползиков М.А.

*Клинический госпиталь «Лапино»
г. Москва*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема бесплодия супружеских пар в настоящее время перестала быть только медицинской проблемой и приобрела социальное и даже эконо-

мическое значение. Стимуляция функции яичников в программе ВРТ является важнейшим этапом, во многом определяющим успех лечения бесплодия. Грамотный подбор препаратов для стимуляции суперовуляции в программах экстракорпо-



рального оплодотворения (ЭКО) является важной и актуальной задачей современной репродуктивной медицины. Появление технологий синтеза рекомбинантных гонадотропинов, можно считать революционным шагом, так как они имеют ряд несомненных преимуществ. Технология их производства не требует сбора мочи, а так же рекомбинантный продукт не содержит вирусных, белковых, углеводных и стероидных примесей и обладает высокой биохимической однородностью, и состоит из наиболее активных фракций гормона. С целью оптимизации метода ЭКО и переноса эмбриона (ПЭ) до настоящего времени ведутся новые разработки, в том числе создаются новые лекарственные препараты, а так же подбираются схемы адекватной гормональной стимуляции.

ЦЕЛЬ

Оценить клиническую эффективность, а так же экономическую выгоду различных гонадотропинов в программах ЭКО и ПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью оценки эффективности гонадотропных препаратов проведен ретроспективный анализ 75 амбулаторных карт пациенток, проходивших лечение бесплодия методами Экстракорпорально-го оплодотворения и Переноса эмбрионов с использованием препаратов : фоллитропин-альфа (Гонал-Ф), фоллитропин-бета (Пурегон), биоаналог фоллитропина-альфа (Примапур) для контролируемой индукции суперовуляции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализируя программы ЭКО и ПЭ, можно отметить, что суммарное количество гонадотропинов, используемых для индукции суперовуляции в 3-х группах не отличалось и составило в среднем 1500 МЕ ($\pm 300-400$ МЕ). Проведенный статистический анализ показал, что все пациентки были сопоставимы по основным параметрам соматического и гинекологического анамнеза, паритету, факторам бесплодия, что позволяет провести сравнительный анализ эффективности используемых для индукции суперовуляции гонадотропинов. С этой целью оценивались основные показатели эффективности циклов ЭКО и ПЭ. Одним из факторов, оказывающих влияние на эффективность – является количество полученных ооцитов при трансвагинальной пункции (ТVP) яичников. Минимальное количество ооцитов было получено в группе с фоллитропином-бета, тогда как максимальное в группе с биоаналогом фоллитропина-альфа, однако различия являются статистически не значи-

мыми. Максимальное количество эмбрионов на 3 сутки было в группе с биоаналогом фоллитропина-альфа, а наименьшее в группе с фоллитропином-бета, в то же время, частота наступления беременности была выше в группе фоллитропина-альфа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования было выявлено, что все три препарата обладали одинаково высокой эффективностью в программах ЭКО и ПЭ. Новый гонадотропный препарат, созданный в России, являющийся биоаналогом фоллитропина – альфа не уступает по показателям клинической эффективности другим гонадотропинам, и может использоваться для контролируемой индукции суперовуляции в программах ВРТ. При этом суммарная доза введенного препарата на цикл не отличалась от давно используемых гонадотропинов. Учитывая что препарат производится в РФ и не требует дополнительных расходов фармкомпания на его транспортировку и ввоз, мы предположили, что использование биоаналога фоллитропина-альфа является экономически более целесообразным.



РОЛЬ ЭКСПРЕССИИ VDR, CD4, CD8 ЭНДОМЕТРИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ТРУБНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Чухнина Е.Г., Воропаева Е.Е., Казачков Е.Л., Казачкова Э.А.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ, ООО «Центр акушерства и гинекологии №1»

г. Челябинск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время доказано стероидогенное влияние активной формы 1,25 (ОН)₂D и ее участие в модуляции клеточной пролиферации, дифференцировке и апоптозе клеток органов репродуктивной системы. Ряд исследований продемонстрировал влияние витамина D на процесс имплантации. Спорные результаты исследований, оценивающих влияние системы витамина D-VDR на исходы программ ЭКО, побуждают к поиску корреляционных связей экспрессии VDR, CD4, CD8 в эндометрии с исходами программ ВРТ.

ЦЕЛЬ

оценить влияние экспрессии CD4, CD8, VDR в железах и строме эндометрия у женщин старшего репродуктивного возраста с трубным бесплодием на исходы программ ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

проспективное когортное исследование включало 68 женщин старшего репродуктивного возраста с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, проходивших процедуру ЭКО, ЭКО/ИКСИ, с использованием собственных ооцитов в «свежих» циклах и криопотоколах при нормозооспермии или незначительной патозооспермии (мужа или донора). Пациентки стратифицированы по группам в зависимости от исходов программ ЭКО: I – с наступлением беременности (n=18), II – с отрицательным результатом (n=50). Выполнено 25 программ ЭКО, 43 – ЭКО/ИКСИ. ЧНБ составила 26,5% – на перенос.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Экспрессия VDR в строме эндометрия в I группе составила $4,98\% \pm 3,29$ (ДИ 95% 3,34–6,62), во II – $7,60\% \pm 2,73$ (ДИ 95% 6,82–8,38), в железах эндометрия – $5,23\% \pm 4,37$ (ДИ 95% 3,05–7,40) и $7,64\% \pm 3,60$ (ДИ 95% 6,61–8,66) соответственно.

Экспрессия CD4 в эндометрии в I группе составила $1,0\% \pm 0,46$ (ДИ 95% 0,83–1,19), во II – $1,09\% \pm 0,37$ (ДИ 95% 0,96–1,21), CD8 – $0,97\% \pm 0,49$ (ДИ 95% 0,78–1,16) и $1,28\% \pm 0,65$ (ДИ 95% 1,06–1,50) соответственно.

При исследовании образцов, взятых у женщин с бесплодием в разные фазы менструального цикла (м.ц.), выявлено: экспрессия VDR в строме эндометрия в I фазе составила $6,08\% \pm 4,19$ (ДИ 95% 3,07–9,08), во II – $7,30\% \pm 2,79$ (ДИ 95% 6,53–8,07), железах эндометрия – $6,25\% \pm 4,69$ (ДИ 95% 2,89–9,61) и $7,88\% \pm 3,63$ (ДИ 95% 6,88–8,88) соответственно.

Экспрессия CD4 в эндометрии в I фазе м.ц. составила $1,04\% \pm 0,50$ (ДИ 95% 0,68–1,39), во II – $1,06\% \pm 0,40$ (ДИ 95% 0,94–1,17). Экспрессия CD8 в эндометрии в I фазе м.ц. составила $0,99\% \pm 0,28$ (ДИ 95% 0,79–1,19), во II-й – $1,17\% \pm 0,65$ (ДИ 95% 0,99–1,35).

Определена сильная положительная корреляция экспрессии VDR в строме и железах эндометрия ($r=0,656$, $p=0,000$), отрицательная – экспрессией VDR в строме ($r=-0,37$, $p=0,001$) и железах ($r=-0,26$, $p=0,03$) с исходами программ ВРТ.

Выявлена средняя корреляционная связь экспрессии CD4 и CD8 в эндометрии ($r=0,361$, $p=0,004$), CD4 и VDR в строме эндометрия ($r=0,310$, $p=0,013$), CD8 ($r=0,362$, $p=0,035$) с исходами программ ВРТ. Статистически значимой корреляции экспрессии CD4 и VDR в железах ($r=0,223$, $p=0,079$) не обнаружено. Не наблюдалось корреляционной связи между экспрессией CD8 и VDR в строме ($r=0,188$, $p=0,14$), VDR в железах эндометрия ($r=0,040$, $p=0,754$), CD4 в эндометрии с результатами ЭКО ($r=0,503$, $p=0,802$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Экспрессия VDR в строме, железах эндометрия, CD4, CD8 в разные фазы менструального цикла не отличается. Благоприятные исходы программ ВРТ определяет снижение экспрессии рецепторов



витамина D в строме эндометрия: при снижении на 1% шансы на благоприятный исход возрастают в 1,3 раза. Уровень экспрессии CD8 в негравидарном эндометрии влияет на результативность

ЭКО. При положительных исходах уровень экспрессии CD8 ниже. Полученные результаты позволяют расширить спектр маркеров рецептивности эндометрия.

ТОНКИЙ ЭНДОМЕТРИЙ – НЕГОРМОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ЭКО

Шнейдерман М.Г., Калинина Е. А., Смольникова В.Ю., Мишинева Н. Г., Абубакиров А.Н., Кузмин А.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Тонкий эндометрий является частой причиной существенного снижения возможности наступления беременности. Считается, что толщина эндометрия (по данным УЗИ) менее 7 мм дает минимальные шансы на зачатие. Поэтому подготовке эндометрия в циклах ЭКО уделяется большое внимание. Поиск новых методов лечения тонкого эндометрия очень актуален.

ЦЕЛЬ

Целью исследования являлась оценка эффективности применения газовой смеси (CO₂+N₂) в лечении тонкого эндометрия в процессе подготовки пациентки к программе ЭКО.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В результате многочисленных исследований в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ России разработан новый метод лечения женщин с тонким эндометрием путем орошения эндометрия смесью газов (6%CO₂+94%N₂), под воздействием которого происходит значительное усиление кровообращения в слизистой и увеличение толщины базального и функционального слоев эндометрия.

Толщина эндометрия (УЗИ) измерялась однократно перед первым орошением эндометрия газовой смесью. Затем на 7,9 и 11, дни менструального цикла проводилось орошение эндометрия (CO₂+N₂).

Техника орошения эндометрия: введение в полость матки через внутриматочный катетер газовой смеси (CO₂+N₂) из баллончика под давлением 1,3 атм в объеме 40–50 мл. Заполняя полость матки, газовая смесь воздействовала на эндометрий, благодаря чему происходит усиление кровоснабжения в слизистой полости матки и стимуляция роста эндометрия.

За последние 5 лет проведены процедуры орошения эндометрия 365 пациенткам репродуктивного

возраста с первичным или вторичным бесплодием и наличием тонкого эндометрия, не поддающегося лечению другими методами и не отвечающего на гормональную стимуляцию. Пациенткам основной группы (n=365) проводили орошение эндометрия газовой смесью (CO₂ + N₂). женщинам контрольной группы (n=30) указанное воздействие не проводилось. Критерии включения: возраст 25–46 лет; бесплодие; не менее двух неудачных циклов ЭКО в анамнезе; толщина эндометрия менее 7 мм в период предполагаемого имплантационного окна; овуляторный менструальный цикл. Всем пациенткам выполнялось клинико-лабораторное исследование и трансвагинальное УЗИ. Статистическая обработка полученных данных: для определения различий по толщине эндометрия в исследуемой и контрольной группах применяли метод сравнения параметров по Стьюденту с использованием статистической программы Jump. Разницу считали значимой при p<0.05.

Орошение эндометрия газовой смесью (CO₂+N₂) проводилось на 7,9,13 дни менструального цикла, а УЗ-мониторинг с измерением толщины эндометрия на 9, 13, 13и 15 дни при 28-дневном цикле..

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении первого УЗИ, в основной группе до начала проведения газового орошения эндометрия, толщина последнего варьировалась от 3,1мм до 5,9 мм.

После проведения трех орошений (CO₂ и N₂) толщина эндометрия в основной группе составила в среднем 9,18±1.23 мм (от 6,5 до 12,8мм). В контрольной группе (без орошения) толщина эндометрия составляла в среднем 4,30±0.68 мм (от 3.4 до 5,7мм).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение процедуры орошения полости матки газовой смесью показало, что у пациенток на-



XXI ВСЕРОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
Мать и Дитя – 2020

28–30 СЕНТЯБРЯ 2020 ГОДА
Московская область, г. Красногорск,
МВЦ «Крокус Экспо», 3 павильон, 4 этаж, 20 зал

Авторы ▶

Содержание ▶

Постерные доклады ▶

Тезисы ▶

В начало ▶

блюдается существенный рост эндометрия к концу периода проведения лечения.

Метод орошения эндометрия прост и безопасен и является видом амбулаторного лечения.. Метод можно рекомендовать в качестве способа подго-

товки эндометрия к последующим переносам эмбрионов у пациенток с неуспешными попытками ЭКО, причиной которых явилось нарушение имплантации, обусловленное тонким эндометрием.



НЕОНАТОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В СОСТОЯНИИ ГИПОКСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Богомазова И.М., Игнатко И.В., Белоусова В.С., Козлова Г.И., Кечина А.М., Мусаева Р.З.

*ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), кафедра акушерства,
гинекологии и перинатологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского
г. Москва*

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время наблюдается неуклонная тенденция к росту детской заболеваемости. При этом патология центральной нервной системы из года в год занимает лидирующие позиции среди причин инвалидизации детей и подростков, что в подавляющем большинстве наблюдений является следствием перенесенной гипоксии в антенатальном периоде.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования является изучение особенностей речевого развития детей, родившихся в состоянии гипоксии в зависимости от сроков родоразрешения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Посредством добровольного дистанционного анкетирования родителей проведена оценка речевого развития 64 детей в возрасте 3 лет, родившихся в состоянии гипоксии в различных сроках беременности и находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых родильного дома ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ». Для изучения особенностей развития в зависимости от сроков родоразрешения дети были разделены на 2 группы: своевременно родившиеся (48,4%) и преждевременно родившиеся (51,6%), из которых 12,4% родились в результате ранних преждевременных родов, 11,2% – преждевременных и 28% – поздних преждевременных родов. Трехлетний возраст ребенка является одним из критических периодов онтогенеза, позволяющим достоверно судить о наличии и характере нарушений речевого поведения. Мальчиков (59,37%) в настоящем исследовании оказалось в 1,46 раз больше, чем девочек (40,63%). Средняя масса тела ($14,374 \pm 3,735$ кг) и рост ($97,51 \pm 9,46$ см) детей на момент исследования находились

в диапазоне нормативных значений для данного возраста. Все дети (100%) наблюдались специалистами детских поликлиник, 44% из них посещали детские дошкольные учреждения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе полученных данных выявлено, что 78,79% преждевременно родившихся детей наблюдались неврологом и дефектологом по причине задержки речевого развития, а 12,12% детей – по другим причинам. В группе своевременно родившихся детей 47,06% детей состояли на учете у невролога по причине задержки речевого развития, а 11,76% – по другим причинам. Среди преждевременно родившихся детей лишь у 12,12% задержка речевого развития характеризовалась как доброкачественная (темповая), а у 66,67% – имела характер патологической, то есть требующей неотложной логопедической и медикаментозной коррекции. Из группы своевременно родившихся детей доброкачественная задержка речевого развития наблюдалась у 17,65%, а у 29,41% носила патологический характер. Неврологические нарушения отсутствовали у 41,17% своевременно родившихся детей и лишь у 9,09% – преждевременно родившихся.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, следует отметить, что у преждевременно родившихся детей в состоянии гипоксии отмечается более высокая частота нарушений речевого развития, в том числе имеющих патологический характер, по сравнению со своевременно родившимися детьми, что является предпосылкой более четкой стратификации факторов риска и маркеров развития внутриутробной гипоксии, а также создания рационального алгоритма ведения осложненной беременности, родов и неонатального периода.



АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В СОСТОЯНИИ ГИПОКСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Богомазова И.М., Игнатко И.В., Белоусова В.С., Козлова Г.И., Кечина А.М., Мусаева Р.З.

*ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), кафедра акушерства,
гинекологии и перинатологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского
г. Москва*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на положительную динамику численности детского населения, большое внимание акушеров-гинекологов, неонатологов и педиатров уделено анализу детского здоровья, которое является комплексным показателем, отражающим уровень экономического и культурного развития общества, а также качество оказания медицинской помощи.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования является изучение показателей заболеваемости детей, родившихся в состоянии гипоксии в зависимости от сроков родоразрешения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Посредством добровольного дистанционного анкетирования родителей исследованы показатели заболеваемости в течение первых 3 лет жизни (период раннего детства) 64 детей, родившихся в состоянии гипоксии в различных сроках беременности и находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых родильного дома ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ». Для проведения сравнительной оценки заболеваемости детей в зависимости от сроков родоразрешения дети были разделены на 2 группы: своевременно родившиеся (48,4%) и преждевременно родившиеся (51,6%), из которых 12,4% родились в результате ранних преждевременных родов, 11,2% – преждевременных и 28% – поздних преждевременных родов. Мальчиков (59,37%) в настоящем исследовании оказалось в 1,46 раз больше, чем девочек (40,63%). Средняя масса тела ($14,374 \pm 3,735$ кг) и рост ($97,51 \pm 9,46$ см) детей на момент исследования находились в диапазоне нормативных значений для данного возраста. Все дети (100%) наблюдались специалистами детских поликлиник, 44% из них посещали детские дошкольные учреждения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке заболеваемости детей острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) выявлено, что дети, родившиеся своевременно, более чем в половине наблюдений (58,82%), болели ОРВИ 1–2 раза в год, в 17,65% – 3–4 раза в год и лишь в 23,53% – 5–6 раз в год. Дети, появившиеся на свет в результате преждевременных родов, в 30,3% болели ОРВИ 1–2 раза в год, в 21,21% – 3–4 раза в год и практически в половине наблюдений (48,48%) – 5–6 раз в год. Что касается частоты других соматических заболеваний, то у детей, родившихся в доношенном сроке, на первое место вышла патология органов желудочно-кишечного тракта (29,41%) и заболевания костно-мышечной системы (23,53%); в то же время заболевания ЛОР-органов, органов зрения, аллергические заболевания и детские инфекции встречались значительно реже и в равном проценте наблюдений (11,77%). У преждевременно родившихся детей среди соматических заболеваний на первое место вышли заболевания ЛОР-органов (27,27%), явившиеся, по сути, осложнениями перенесенных ОРВИ, и заболевания органов зрения (18,18%). Инфекции нижних дыхательных путей (бронхиты, пневмонии) встречались примерно с одинаковой частотой и у своевременно (5,88%), и у преждевременно (6,06%) родившихся детей. Обратило на себя внимание практическое отсутствие перенесенных детских инфекций у преждевременно родившихся детей, несмотря на больший по сравнению со своевременно родившимися детьми процент посещения детских дошкольных учреждений (45,5% против 41,18%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, видно, что у преждевременно родившихся детей в течение первых 3 лет жизни в два раза чаще имела место высокая заболеваемость (более 3–4 раз в год) ОРВИ (48,48% против 23,53%), а также более высокая частота заболеваний ЛОР-органов (синуситы, отиты, тонзиллиты)



(27,27% против 11,77%), что создает необходимость в создании дифференцированного подхода к ком-

плексной реабилитации преждевременно родившихся детей в состоянии гипоксии.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПРИ ЛАКТОСТАЗЕ И МАСТИТЕ

Геращенко Я.Л.

СПб ГБУЗ Женская консультация №22

г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Для нормального развития младенца чрезвычайно важно грудное вскармливание (ГВ), исследования микробиома грудного молока показали, что определенные лактобактерии могут благоприятно влиять на лактационную функцию женщины, переваривания молока в кишечнике ребенка, а также влиять на течение воспалительного процесса в груди женщины. Частота лактационного мастита среди родильниц в различных странах колеблется от 2 до 33% и в среднем составляет около 10%.

ЦЕЛЬ

представить отработанный оптимальный алгоритм действий врача для решения проблемы эвакуации молока, обследования, лечения, продемонстрировать эффективность лечебной тактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

ретроспективно проанализированы медицинские карты (МК) 87 кормящих женщин, по факту обращения в период с декабря 2016 по декабрь 2019г. с жалобами на нарушение эвакуации молока, боль и дискомфорт, уплотнение ткани молочной железы. Методы обследования: анамнестический, осмотр, пальпация, ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез (МЖ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех обратившихся за медицинской помощью женщин было диагностировано нарушение лактации. Лактостаз у 74 (85%) женщин, лактационный мастит серозная форма у 10 (11,5%) женщин. Лактационный мастит гнойно-абсцедирующая форма у 3 (3,4%) женщин.

Клинические проявления в виде локального уплотнения ткани в одной МЖ, болей, нарушение оттока молока имели все пациентки. Повышение температуры тела выше 36,6оС отмечено у 46 женщин (53%), у 14 (16%) выше 38оС, у 3 (3,4%) выше 40оС. Ультразвуковая картина локального отека ткани

МЖ выявлена у всех пациенток. Уз картина абсцесса МЖ у 3 (3,4%) женщин.

Тактика лечения, в зависимости от клинической картины, включала в себя:

1. Ручное сцеживание МЖ по Риордану – 87 женщин (100%).

2. Локальная гипотермия у 57 женщин 65,5%, после каждого кормления 15 минут.

3.«Траумель С» – мазь для наружного применения гомеопатическая местно 3 раза в день: у 59(68%) женщин.

4.Противовоспалительная терапия (Ибупрофен в таблетках 200 мг 2 раза в день) применялась у 48 женщин (55%).

5.Спазмолитики (Дротаверин в таблетках 20 мг. За 15 минут до кормления) применялись у 48 женщин (55%).

6. Раствор Окситоцина 5 МЕ\мл 2 капли интраназально за 15 минут до кормления у 15 женщин (17,2%).

7. Антибактериальная терапия (АБТ) (амоксциллин+клавулановая кислота в таблетках 625 мг. 2 раза в день) у 12 женщин (13,8%).

8. Лактобактерии *Lactobacillus Fermentum* LC40 222мг. по 1 капсуле перорально ежедневно у 25 женщин (28,7%).

9.Оперативное лечение в объеме вскрытие и дренирование абсцесса МЖ выполнено 3 женщинам (3,4%). В 4 случаях (4,5%) проведена лечебная пункция.

Лактацию и грудное вскармливание продолжили 82 (94,2%) женщина. Пять пациенток уже прекращали лактацию к моменту развития лактостаза.

Излечение наступило в сроки: до 3х суток у 69 женщин (79%), от 4 до 8 дней у 15 женщин (17%), с 9 до 21 дня у 3х женщин (3,4%).



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушение оттока молока могут возникать в любой период лактации.

Наиболее часто нарушения лактации развиваются в первые 3 месяца после родов.

Лактостаз может случаться и у повторно родивших женщин.

Соблюдение лечебно-диагностического алгоритма позволяет предотвратить развитие воспаления в 87% случаев без антибактериальной терапии. Обследование и лечение должно начинаться на первом же приеме. Диагностический минимум: осмотр, УЗИ МЖ. Основным методом восстановления лактации является ручное сцеживание. При своевременном обращении и начале лечения возможно сохранение полноценной лактации.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПОСТНАТАЛЬНО У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Звягина Ж.А., Цой Е.Г., Цигельникова Л.В., Раскатова А.А., Григоричева Е.В., Добрынина К.С., Абрамова Л.В., Михайлова У.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Кемеровский государственный медицинский университет, Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой.

г. Кемерово, Кузбасс

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота открытого артериального протока (ОАП) находится в обратной зависимости от гестационного возраста ребенка. В зависимости от степени недоношенности, длительности функционирования артериального протока (ФАП), направления и выраженности шунтирования крови, ОАП в одних случаях может рассматриваться как вариант нормы, в других как патологическое состояние, что обуславливает практическую значимость дальнейших исследований, посвященных клиническим аспектам ФАП у глубоко недоношенных детей.

ЦЕЛЬ

Изучение влияния функционирующего артериального протока на постнатальную адаптацию сердечно-сосудистой системы (ССС) у детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 32 ребенка с экстремально и очень низкой массой тела (ОНМТ и ЭНМТ) в отделении патологии новорожденных ОКПЦ им. Решетовой Л.А. г. Кемерово в 2019 г. Среди них 17 мальчиков и 15 девочек. Средняя масса тела при рождении составила $1015,38 \pm 70$ г (770 – 1400 г) средняя длина тела составила $35,15 \pm 3,1$ см (28 – 43 см). Срок гестации при рождении составил $28,08 \pm 1,8$ (26 – 31 неделя). Проанализированы клиническо-анамнестические, ан-

тропометрические, клинические и биохимические параметры крови, рентгенологические исследования грудной клетки, способы и длительность респираторной поддержки, кислородозависимость, результаты эхокардиографии (ЭХОКГ) с расчетом ЭХО-КГ признаков ремоделирования миокарда и гемодинамической значимости ФАП. Статистическая обработка материала проводилась с использованием методов медицинской статистики с вычислением достоверности различий непараметрическим методом (U-критерий Манна-Уитни, Kruskal-Wallis Anova by Ranks, Median Test) для сравнения групп по количественному признаку с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10.0» и Microsoft Excel на персональном компьютере. Статистически значимыми считались показатели, у которых p-уровень не превышал 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Чаще ФАП выявляли у девочек ($p=0,015$). При проведении корреляционного анализа ФАП способствуют выкидыши в анамнезе ($R=0,97$), внутриутробное инфицирование ($R=0,58$), повышение СРБ в первую неделю жизни ($R=0,99$), снижение уровня эритроцитов в крови в первую неделю жизни. Все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа (8 детей) 25% – артериальный проток закрылся до 1 месяца жизни, 2-я группа (24 детей) 75% артериальный проток сохранялся после 1 месяца жизни. В 1,5 месяца жизни отмечена дилата-



ция правого желудочка (ПЖ) ($p=0,02$) ($8,4\pm 0,33$ мм, в сравнении $7,9\pm 0,18$ мм), индекс толщины передней стенки (ТПСПЖ/BSA) имел большие значения в первые 2 недели жизни ($p=0,002$) ($41,25\pm 0,18$ мм/м², в сравнении $27,85\pm 0,18$ мм/м²). Выявленные изменения свидетельствуют о сохранении легочной гипертензии у недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ после 1 месяца жизни, и о косвенном влиянии антенатальной гипоксемии на длительное функционирование ОАП после рождения. Для детей у которых кровоток в верхней полой вене (ВПВ) составлял менее 25% совокупного выброса ЛЖ после 1 месяца ($LVO/SVC > 4$), характерно развитие гипертрофии миокарда ЛЖ. Масса ми-

окарда ЛЖ у детей с длительно ФАП составила $5,85\pm 0,08$ г ($p=0,032$), в сравнении детьми 2-й группы ($5,5\pm 0,11$ г).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для детей с ФАП более 1 месяца жизни характерно сохранение гипертрофии и дилатации ПЖ, что свидетельствует о сохранении легочной гипертензии. Контроль за факторами, влияющими на длительное ФАП, позволит уменьшить ремоделирование миокарда и оптимизировать постнатальную адаптацию ССС у недоношенных с ОНМТ и ЭНМТ.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНОЕ ВНУТРИСОСУДИСТОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ

Зелянина Е.А., Тетруашвили Н.К., Бокерия Е.Л.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Внутриутробное внутрисосудистое переливание крови является эффективным и относительно безопасным методом лечения тяжелой анемии у плода. Несмотря на более чем 30-летний опыт использования данной методики, работы, посвященные особенностям сердечно-сосудистой системы у плодов и новорожденных, отсутствуют.

ЦЕЛЬ

Оценить сердечно-сосудистую систему плодов и детей, перенесших внутриутробное внутрисосудистое переливание крови.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективное исследование плодов и детей с гемолитической болезнью, перенесших внутриутробное переливание крови. Анемия у плода диагностирована при УЗ-обследовании (определение скорости кровотока в средней мозговой артерии) и подтверждена при проведении кордоцентеза на $27,2\pm 2,9$ неделе беременности. В исследование включены 18 пациентов, проходивших лечение с января 2017 года по октябрь 2019 года в ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И.Кулакова». Дети рождены на $32,3\pm 2,4$ неделе гестации с массой тела $2193,7\pm 533,9$ г. Для оценки сердечно-сосудистой системы плодов и детей проводилось УЗИ сердца с оценкой следующих показателей: размеры поло-

стей сердца, толщина стенок левого и правого желудочков, наличие жидкости в полости перикарда.

РЕЗУЛЬТАТЫ

УЗИ сердца плода проводилось 18 плодам на 22 – 34 неделе беременности, были выявлены: дилатация полостей сердца ($n=12$); гипертрофия миокарда левого и/или правого желудочка ($n=16$); гидроперикард ($n=7$). Дилатация полостей сердца сопровождалась гипертрофией миокарда ($n=12$), в 4 случаях отмечалась изолированная гипертрофия. Значимой разницы по количеству переливаний и сроку диагностики анемии в данных группах не выявлено. Вероятно, дилатация полостей сердца обусловлена поздней обращаемостью беременных для проведения диагностики и лечения. В 3 случаях проводилась терапия недостаточности кровообращения дигоксином с положительной динамикой.

По данным ЭХО-КГ в 1–3 сутки жизни: у 8 из 12 детей сохранялась дилатация полостей сердца, выявленная внутриутробно, в 2 случаях – размеры сердца в пределах нормы, у 6 детей дилатация впервые диагностирована после рождения. Гипертрофия миокарда после рождения сохранялась в 7 из 16 случаев, в 9 отсутствовала; у 1 ребенка гипертрофия миокарда была впервые выявлена. Гидроперикард разрешился к моменту рождения в 3 из 7 случаев.



По результатам проведенного исследования чувствительность УЗИ сердца плода при диагностике дилатации полостей сердца, гипертрофии миокарда и гидроперикарда – 57,1, 87,5 и 100% соответственно; специфичность – 50,0, 10,0 и 78,6% соответственно. Данный уровень чувствительности и специфичности может быть обусловлен трудностями внутриутробной диагностики из-за многоводия/маловодия, скопления жидкости в мягких тканях и серозных полостях плода. В 13 случаях интервал между УЗИ сердца плода и родами был от 1 до 4 недель, в связи с чем возможен регресс

сердечно-сосудистых изменений после проведения внутриутробной терапии.

ВЫВОДЫ

При гемолитической болезни плода развиваются патологические изменения сердечно-сосудистой системы, такие как дилатация полостей сердца, гипертрофия миокарда, гидроперикард, а также сердечная недостаточность. При поздней диагностике отмечается прогрессивное ухудшение состояния плода и дальнейшее ремоделирование сердечно-сосудистой системы, что требует досрочного родоразрешения, а неонатальный период протекает осложненно.

НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ БЕРЕМЕННОСТИ

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

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

Гипертензивные расстройства беременности, оказывают значимое влияние на состояние матери и новорожденного ребенка. Особенно значимым осложнением беременности является преэклампсия. В настоящее время ведется ведётся поиск различных биомаркеров преэклампсии, позволяющих проводить дифференциальный диагноз ПЭ от других гипертензивных расстройств, прогнозировать сроки появления и тяжесть течения ПЭ, оценить влияние на ребенка. Одним из перспективных направлений является пептидомный анализ мочи. Было выявлено, что пептиды α -1 антитрипсина (SERPINA1) могут использоваться в качестве ранних маркеров ПЭ.

ЦЕЛЬ

выявить взаимосвязь между выявлением α -1-антитрипсина и перинатальными/неонатальными исходами у женщин с преэклампсией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 79 женщин, наблюдавшиеся в ФГБУ «НМИЦ АГП им. ак. В.И. Кулакова» Минздрава РФ в период 2018–2019гг. Все пациентки были разделены на 3 группы: 1 группу составили 41 беременная с преэклампсией; 2 группа – 17 женщин с хронической артериальной гипертензией; 3 группу – 18 пациенток физиологически протекающей беременностью. При определении пептидомного профиля мочи было отмечено, что основная группа неоднородна. В зависимо-

сти от выявления SERPINA1 в моче беременных, в группе 1 выделили подгруппы 1а (n=23) – ПЭ-SERPINA1 – положительный (ПЭSer +) и 1б (n=21) – ПЭ-SERPINA1 – отрицательный (ПЭSer –).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентки 3-х групп не отличались по возрасту, $p > 0,1$. Преимущественно первородящие женщины отмечались в 1 группе (ПЭ) – 70,4%, во 2 группе 41,2%, в 3 группе – 44,4% ($p = 0,03$). Было выявлено, что у беременных с течением ПЭ на фоне ХАГ специфические пептиды мочи выявлены не были.

Во всех 3-х группах роды закончились рождением живых детей. Новорожденные у матерей групп контроля и ХАГ рождены преимущественно доношенными (ГВ во 2 группе – $37,4 \pm 2,9$ нед., в 3 группе составил $38,96 \pm 1,1$ нед.). В 1 группе с течением преэклампсии гестационный возраст новорожденных был ниже – $36,0 \pm 3,49$ ($p < 0,001$). Достоверных различий между сроком родоразрешения в группах 1а и 1б выявлено не было (в 1а группе ГВ – $36,0 \pm 3,5$ недель, в 1б группе $36,1 \pm 3,4$ недель), $p = 0,46$. Однако рождение ребенка с низкой массой тела при рождении отмечалось преимущественно в группе у матерей с течением преэклампсии SERPINA1 – положительных. Масса тела была достоверно ниже в группе новорожденных у матерей с преэклампсией (в 1а группе – $2211,7 \pm 783,9$ г, в 1 б группе $2397,4 \pm 779,2$ г, во 2 группе (ХАГ) –



2921,7±602,6 г, в группе контроля составила 3361,8±491,5г), ($p < 0,001$).

Умеренная асфиксия при рождении отмечалась только у детей из группы ПЭ SERPINA1 + (22,7%). Неонатальная смерть также отмечена только в группе 1а (4,3%). В исследовании была выявлена взаимосвязь с SERPINA1-положительным статусом и частотой инфекционно-воспалительных заболеваний у детей (ИВЗН встречались в 3,3 раза чаще), дыхательных нарушений у новорожденных (3,8 раз чаще), патологией ЦНС (тяжелые ВЖК

и ВЧК встречались в 13,0% случаев исключительно в 1а группе), неонатальной гипогликемии (в 3,7 раз чаще), а также гематологических нарушений (в 5,5 раз чаще).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение пептидомного профиля мочи является не только диагностическим маркером ПЭ, но и прогностическим фактором ухудшения перинатальных/неонатальных исходов.

ВЛИЯНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА УРОВЕНЬ ЦИТОКИНОВ ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

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

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

По данным мировой литературы отмечается рост онкологических заболеваний среди женщин репродуктивного возраста, которые диагностируются во время беременности. В настоящее время большое внимание уделяется возможности применения противоопухолевых химиопрепаратов у женщин с онкологическими заболеваниями в течение беременности. Противоопухолевые средства способны оказывать выраженное стимулирующее влияние на цитокин-продуцирующую активность иммунных клеток.

ЦЕЛЬ

С 2015 по 2019 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 новоро-

жденные. 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 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 гомео-

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

ВЛИЯНИЕ РОДОВ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА

Самчук П.М., Царева И.Х., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З., Яковченко С.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Плацентарная недостаточность, приводит к нарушению перфузии, при которой плод подвержен задержке роста (ЗРП), гипоксическим повреждениям, риску травматизации и снижению компенсаторных возможностей плода при естественных родах, а также повышению уровня заболеваемости новорожденных.

ЦЕЛЬ

Изучить влияние естественных родов при доношенной беременности на состояние новорожденных при ЗРП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ состояния 70 новорожденных с ЗРП 1-й и 2-й степени, составившие 1-ю основную группу. В основной группе с ЗРП I-й ст. родился 61 (87,1 \pm 0,34%) ребенок, с ЗРП 2-й ст. 9 (12,9 \pm 0,2%) детей. Условием родо-

разрешения через естественные родовые пути при ЗРП, явилось отсутствие дистресса плода по данным функциональных методов исследования. Степень задержки диагностирована по данным УЗИ и подтверждена после рождения. Вторую – контрольную группу составили 50 новорожденных с нормальными росто-весовыми показателями, от матерей с неосложненным течением беременности и родов. Срок гестации в основной группе составил 38,76 \pm 0,65 недель, в контрольной группе 39,8 \pm 1,1 нед., что не имело достоверных различий ($p>0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценка по шкале Апгар на первой минуте жизни, указывала на снижение адаптационных возможностей у новорожденными с ЗРП и контрольной группой (7,66 \pm 0,53 и 8,32 \pm 0,21 бал. соответственно) ($p0,05$). С признаками хронической внутриутробной гипоксии при ЗРП 1-й ст. родилось 28 (45,9%),



при ЗРП 2-й ст. 6 (66,6%) детей, различия значимы ($p < 0,05$). В контрольной группе нарушений со стороны центральной нервной системы не отмечено. Болевой синдром проявился при 1-й степени ЗРП в 5(8,2%) и 2-й ст. в 1 (11,1%) случаев, на реализацию этого синдрома вероятнее повлияло сочетание исходной гипоксии и размеров плода. Синдром двигательных нарушений выявлен у 7 (11,47%) детей с ЗРП 1-й ст. и у 2 (22,2%) новорожденных с ЗРП 2-й ст. ($p > 0,05$). Нарушение мозгового кровообращения было диагностировано с 1-й ст. ЗРП в 3 (4,91%), со 2-й ст. – в 1(11,1%) ребенка ($p > 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты показывают, что родоразрешение через естественные родовые пути с ЗРП 1-й и 2-й ст. отражается на снижении адаптационных возможностей новорожденных, обусловленных исходной гипоксией плода при данной акушерской патологии. Естественные роды при ЗРП следует рассматривать как высокий фактор риска перинатального повреждения.

ОЦЕНКА ГАЗОВО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА АРТЕРИАЛЬНОЙ И ВЕНОЗНОЙ ПУПОВИННОЙ КРОВИ

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

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Важнейшей задачей в современном акушерстве, определяющей рациональную тактику оказания медицинской помощи новорожденным после родоразрешения, является объективная оценка их состояния, которая включает в себя, помимо клинической оценки, исследование газов и электролитов пуповинной крови – как высокоинформативной технологии.

ЦЕЛЬ

Провести сравнительную характеристику показателей газового и электролитного состава артериальной и венозной пуповинной крови.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Произведена лабораторная оценка образцов крови артерии ($n=20$) и вены пуповины ($n=20$) от 20 новорожденных после естественных родов в срок и неосложненном течении беременности. Забор образцов крови проводился сразу после рождения ребенка. На пуповину накладывали 2 зажима, на выделенном интервале производили забор крови из артерии и вены, с использованием системы BD Preset™ аспирационным способом, позволяющей оказывать антикоагулянтное воздействие на образцы крови, и минимизировать преаналитические ошибки. Не позднее 10 мин после забора крови производилось исследование с использованием газового анализатора ABL800 BASIC.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациенток составил $29,6 \pm 2,8$ лет, средний ИМТ составил – $25,9 \pm 1,5$ кг/м². Первородящие составили 50%, у 33,3% предстояли вторые роды, у 16,7% – третьи, четвертые роды. При оценке анамнестических данных выявлен у 16,7% женщин выявлен гипотиреоз, 27,8% – миопия сл. ст., в 11,1% – пролапс митрального клапана, в 27,8% варикозное расширение вен ног. Во время беременности в 22,2% случаев выявлена анемия легкой степени, в 11,1% – отеки. Средний вес при рождении $3570 \pm 510,8$ гр., оценка по шкале Апгар составила 8–10 баллов. Сравнение 17 средних показателей оксиметрии и электролитов, позволило выявить статистически значимые различия в норме по шести из них: рН, рСО₂, р50, Нсг, FНbF, сК+. Среднее значение рН крови из артерии пуповины составило – 7,24, из вены – 7,34, рСО₂ – 49, 4 и 37,6 мм. рт. ст. соответственно, р50 – 26,2 и 25,3 мм. рт. ст., Нсг – 48,4 и 44,6%, FНbF – 62 и 70% случаев соответственно, сК+ 4,4 и 4,1 ммоль/л ($p < 0,05$). В крови из артерии пуповины наблюдалось повышенные – рСО₂, р50, Нсг, сК+, сНСО₃ и пониженные – рН, FНbF по сравнению с показателями крови вены пуповины ($p < 0,05$). Различий по показателям уровней – рО₂, сtHb, sO₂, FO₂Hb, FCOHb, FHHb, FMetHb, сNa +, сCa²⁺, сCl⁻, mOsm – не отмечено ($p < 0,05$).



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные показали что между показателями оксиметрии и электролитного баланса

крови из артерии и вены пуповины в случае самостоятельных родов в срок без осложнений, имеются различия (р

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ПЛОДА

Сыркашев Е.М., Быченко В.Г., Буров А.А., Гус А.И.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Перинатальная и неонатальная смертность при врожденной диафрагмальной грыже (ВДГ) составляет от 30 до 50%. Своевременное определение групп высокого риска имеет основополагающее значение в планировании возможных исходов беременности и проведении дополнительных методов интенсивной терапии в родильном зале и на этапе предоперационной подготовки.

ЦЕЛЬ

Совершенствование прогнозирования постнатальных исходов при врожденной диафрагмальной грыже плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективное исследование основано на анализе результатов антенатальной диагностики и хирургического лечения/аутопсии 71 новорожденных с ВДГ. Антенатально проводили УЗИ и МРТ с выполнением основных методик прогнозирования исходов (о/е TLV, TLV/FBV, TLV/ThV, LH, LiTR, LLSIR, о/е LHR, ИКС). Для валидации используемых методов провели ROC-анализ. Проанализировали корреляции с постнатальными данными.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди выживших новорожденных наблюдались более высокие показатели наблюдаемого объема легких к ожидаемому (о/е TLV): Meyers – 43,77 (35,73–53,19), Osada 73,1 (61,7–97,5), Rypens – 43,45 (37,22–54,44), отношения объема легких к объему тела плода (TLV/FBV) – 0,018 (0,015–0,021) и отношения объема легких к объему грудной клетки TLV/ThV – 23,21 (18,68–27,78). Среди выживших новорожденных медиана степени эвентрации печени (LH) составила 0 (0–9,8), среди умерших – 23,0 (3,99–31,85) (p<0,001); медиана отношения объема печени к объему грудной клетки (LiTR) среди выживших новорожденных составила 0 (0–5,97), среди умерших – 15,8 (2,28–22,94) (p<0,001).

Среди выживших выявлена отрицательная корреляция между TLV/ThV и количеством дней на момент перехода на энтеральное питание (r=-0,554, p<0,001). Для TLV/FBV выявлена отрицательная корреляция с количеством дней на момент перехода на энтеральное питание (r=-0,550, p<0,001) и количеством койкодней (r=-0,501, p=0,001). Для о/е TLV, Meyers выявлена отрицательная корреляция с количеством дней на момент отмены поддержки кислородом (r=-0,565, p<0,001), экстубации (r=-0,587, p<0,001), перехода на энтеральное питание (r=-0,716, p<0,001) и количеством проведенных койкодней (r=-0,626, p<0,001).

Среди выживших выявлена слабая корреляция между LH, LiTR и частотой применения биодеградирующего материала при пластике дефекта диафрагмы (r=0,345, p=0,038 и r=0,389, p=0,018).

Расхождение результатов УЗИ и постнатальных данных/аутопсии наблюдалось в 23,9% (17) случаев, соответствующие показатели для МРТ составили 4,2% (3). Чувствительность и специфичность дихотомического варианта оценки смещения печени для УЗИ составила 0,756 и 0,764 соответственно, точность – 0,760. Соответствующие показатели для МРТ составили – 1,0 и 0,911, точность – 0,957.

AUC-ROC для LiTR составила 0,766, для LH – 0,767, о/е TLV, Meyers – 0,760, TLV/FBV – 0,725, TLV/ThV – 0,789, о/е LHR – 0,723, ИКС – 0,738.

Для многофакторного анализа вероятности развития неблагоприятного исхода было отобрано 4 показателя: ИКС, о/е TLV, LH и срок беременности на момент постановки диагноза. Валидность модели была проверена путем проведения ROC-анализа. Площадь под кривой составила 0,905, оптимальное пороговое значение – 0,648 с чувствительностью 0,90, специфичностью 0,77 и точностью 0,83.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты многофакторного анализа вероятности развития неблагоприятного исхо-

да позволяют использовать данный подход в качестве более точного метода прогнозирования исходов ВДГ плода.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОСМЕРТНОГО ГИДРОТОРАКСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАВИСИТ ОТ ДАВНОСТИ СМЕРТИ

Туманова У.Н., Быченко В.Г., Щеголев А.И.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Развитие посмертных неспецифических изменений, отражающих естественные закономерные процессы, существенным образом затрудняет патологоанатомическую диагностику прижизненных поражений и заболеваний. Основными механизмами развития посмертных изменений считаются перераспределение крови жидкости в органах и тканях тела.

ЦЕЛЬ

При помощи посмертной МРТ изучить выраженность гидроторакса у новорожденных в зависимости от давности наступления смерти.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положено комплексное посмертное МРТ и патологоанатомическое исследование тел 29 новорожденных и младенцев, умерших в возрасте 2 часа – 54 дня (основная группа). У всех умерших новорожденных, согласно данным историй болезни, отсутствовала врожденная патология легких, а также признаки анасарки и гидроторакса. Контрольную группу составили 10 живых новорожденных без патологии легких, которым в возрасте 2–10 суток было проведено МРТ исследование.

Посмертное МРТ исследование выполняли через 2,5–72 часа после констатации смерти до проведения аутопсии в T2 стандартном режиме на аппарате 3T Siemens Magnetom Verio (Germany). При помощи специализированного программного обеспечения Murian Expert, Intrasure (Франция) на полученных МР томограммах выполняли 3D визуализацию и полуавтоматическое определение объема свободной жидкости в правой и левой плевральных полостях, а также объема грудной полости с последующим расчетом удельного объема (в %) гидроторакса.

Статистическую обработку данных проводили при помощи программного продукта Statistica 8 с определением среднего значения, стандартного отклонения, ошибки среднего. За статистически значимое принималось значение $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным посмертной МРТ во всех изученных наблюдениях живых новорожденных (контрольная группа) отсутствовали признаки свободной жидкости в плевральных полостях. В 24 наблюдениях тел погибших новорожденных, наоборот, отмечалось наличие двустороннего гидроторакса, а в 5 – плевральная жидкость отсутствовала. При этом показатели МР сигнала соответствовали характеристикам трансудата, что нашло подтверждение при последующем патологоанатомическом вскрытии. Средние значения объема свободной жидкости справа варьировали от 0 см³ до 21,8 см³, слева – от 0 см³ до 12 см³. Средние значения объема гидроторакса составили 7,71 см³ справа и 4,79 см³ – слева. Общий (суммарный) объем свободной жидкости в плевральных полостях варьировал от 6,63 см³ до 32,1 см³ со средним значением 12,5 см³. Рассчитанные нами средние значения удельного объема гидроторакса составили 9,1% и 5,8% справа и слева соответственно. При этом минимальные значения (5,2%) удельного объема свободной жидкости в обеих плевральных полостях зарегистрированы в наблюдениях новорожденных с давностью смерти до 6 часов. Увеличение длительности периода с момента констатации смерти до проведения посмертной МРТ до 48 часов сопровождалось постепенным увеличением удельного объема общего гидроторакса до 8,9%. Дальнейшее (до 72 часов) увеличение длительности посмертного периода характеризовалось некоторым уменьшением удельного объема гидроторакса до 8,1%.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение посмертной МРТ позволяет провести объективную количественную оценку объема свободной жидкости в плевральных полостях погиб-

ших новорожденных. Выраженность гидроторакса зависит от давности наступления смерти и отражает развитие неспецифических посмертных изменений.

ПОРТОСИСТЕМНЫЕ ШУНТЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ: УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА, КАТАМНЕЗ

Филиппова Е.А., Сугак А.Б., Пыков М.И., Барышникова И.Ю., Медведева И.Б., Дегтярева А.В., Казанцева И.А.

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

ВВЕДЕНИЕ

Врожденные портосистемные шунты у детей встречаются редко – 1 случай на 24000–30000 новорожденных. В зависимости от анатомических характеристик шунты могут быть внутривенными или внепеченочными. Клинически они характеризуются выраженной вариабельностью. Помимо неонатального холестаза в тяжелых случаях портосистемные шунты сопровождаются портальной гипертензией, сердечной недостаточностью, гепатопульмональным синдромом. Для внепеченочных портосистемных шунтов характерно развитие желудочно-кишечных кровотечений. С увеличением распространенности ультразвукового метода исследования органов брюшной полости как скрининга в неонатальном периоде, диагностика этих патологических состояний прогрессивно увеличивается.

ЦЕЛЬ

Описание нашего опыта диагностики и тактики ведения у детей с портосистемными шунтами.

МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ историй 12 пациентов с портосистемными шунтами, наблюдавшихся в Центре с 2016 по 2020 г. Из исследования исключены дети с длительной функционирующими фетальными коммуникациями (пупочная вена, Аранциев проток). Включены: внутривенные портосистемные шунты между воротной веной и печеночной веной или нижней полой веной. Всем пациентам выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости с приме-

нением доплерографических методик, эхокардиографическое исследование

РЕЗУЛЬТАТЫ

Диагноз портокавальный шунт пренатально не был установлен ни в одном случае из наших наблюдений. Распределение по возрасту было следующее: 7 детей с гестационным возрастом от 27 до 33 недель, 5 доношенных детей. Из 7 недоношенных детей у трех наблюдался синдром холестаза неясной этиологии, у 2-х – расширение правых отделов сердца с умеренно выраженной легочной гипертензией. У 4 доношенных детей синдром холестаза наблюдался в 2 случаях, и у 1 ребенка была диагностирована недостаточность альфа 1-антитрипсина. В ходе катамнестического наблюдения у всех недоношенных детей портосистемные шунты имели обратное развитие к 3–6 месяцам жизни. В группе доношенных детей обратное развитие произошло в 2-х случаях. Один ребенок был направлен в хирургический стационар для проведения окклюзии.

ВЫВОД

Внутрипеченочные шунты могут самопроизвольно закрываться, что более характерно для недоношенных детей. Синдром холестаза и умеренно выраженная легочная гипертензия в большинстве случаев являются сопутствующими транзиторными состояниями. Ультразвуковое исследование позволяет выявлять и отслеживать динамику развития портокавальных шунтов, предупреждать развитие осложнений.



ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ИТОГИ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ РОАГ ЗА ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ 2020 Г.

Баранов И.И., Нестерова Л.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Вопросы непрерывного медицинского образования стали в условиях пандемии COVID-19 еще более востребованными и актуальными у профессионального медицинского сообщества. Необходимость непрерывного и качественного совершенствования профессиональных навыков и повышения квалификации акушеров-гинекологов на сегодняшний день не вызывает сомнений и РОАГ продолжает активно участвовать в этом процессе, внедряя новые форматы обучения.

ЦЕЛЬ

Оценить роль и участие РОАГ в процессе совершенствования форм и методов непрерывного медицинского образования в стране в первом полугодии 2020 года.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2020 году проект Региональных образовательных Школ РОАГ в сложившихся условиях пандемии COVID-19 вышел на новый онлайн – формат обучения. Значимость и востребованность Школ для профессионального развития акушеров-гинекологов была не только подтверждена официальной поддержкой проекта со стороны Минздрава России, но и положительными оценками участников проекта.

Своевременная перестройка формата работы Школ РОАГ позволила повысить посещаемость мероприятий и сделало их еще более доступными для широкого круга специалистов. Активное применение технологий видеоконференций к заинтересованной аудитории способствовали успешно продолжить последипломный образовательный процесс врачей в сложных эпидемиологических условиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За первое полугодие 2020 года было организовано и проведено 13 Школ РОАГ, в которых приняли участие 11149 врачей, что по сравнению с анало-

гичным периодом 2019 года почти в три раза превышает данный показатель. Из них в онлайн-формате участвовал 9031 специалист и очно – 2118. Общая статистика по специальностям была представлена следующим образом: акушеры-гинекологи – 82%, неонатологи – 6%, врачи УЗИ – 5%, онкологи – 2%, педиатры – 1%, эндокринологи – 1%, анестезиологи-реаниматологи – 1%, хирурги – 0,6%, репродуктологи – 0,5%, рентгенологи – 0,6%, терапевты – 0,2%, урологи – 0,1%.

Обратная связь с участниками позволила выявить следующее: новые профессиональные знания приобрели более 95% участников, узнали о новинках индустрии более 87% и получили обратную связь от спикеров по интересующим вопросам – 80%.

Организации и проведению онлайн-Школ активно содействовали министерства (департаменты) здравоохранения всех регионов, для которых проводилась трансляция. Их поддержка в распространении информации по своим каналам, а также подготовка приказов о проведении мероприятий помогли существенно расширить аудиторию каждой Школы. Специалисты могли принимать участие в работе Школ на рабочих местах, как в аудиториях и ординаторских, так – и с мобильного телефона. Трансляция велась по двум каналам, что позволяло участникам выбирать интересующие их темы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Своевременный перевод работы Школ РОАГ на онлайн-трансляцию привел к росту востребованности и расширению аудитории мероприятий, продолжению внедрения качественного и доступного последипломного образования для специалистов всей страны в непростых эпидемиологических условиях 2020 года.

Начиная с 2016 года – старта проекта – в Школах РОАГ прошли обучение более 39 000 специалистов. Из них очно приняли участие более 20 000 врачей и более 19 000 участвовали онлайн.



ПОСТЕРНЫЕ ДОКЛАДЫ

АКУШЕРСТВО

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Неклюдова А.В., Андреева М.В., Шевцова Е.П., Захарова К.И.

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград
г. Волгоград*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одним из самых распространенных хирургических вмешательств в мире является операция кесарево сечение (КС). Учитывая, что родоразрешение путем операции КС не является физиологическим для женского организма, то оно вызывает нарушения психической сферы, процессов адаптации, а также снижение реактивности организма, в том числе, нервной системы, особенно вегетативной регуляции. Следовательно, изучение психоэмоционального статуса и функционального состояния вегетативной нервной системы (ВНС) родильниц после операции кесарево сечение является актуальным в настоящее время.

ЦЕЛЬ

Оценить психоэмоциональный статус и функциональное состояние ВНС родильниц после операции КС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с приказом МЗ РФ № 572 н проведено обследование 50 родильниц после операции КС. Из них 30 человек не имели инфекционных осложнений (ИО) после КС (1 группа) и у 20 пациенток выявлены ИО (2 группа). Динамика психоэмоциональных состояний оценивалась по специализированным шкалам самооценки: Спилберга-Ханина, функциональное состояние ВНС на основании опросника А.М. Вейна.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Большинство женщин 1 группы были старше 30 лет (53,6%). Для женщин 2 группы более характерен возраст до 30 лет (53,3%). Из анамнеза выявлено, что в 1 и 2 группе на 1-ом месте была экстрагенитальная патология (86,7% и 73,7% соответственно), на 2-ом – гинекологические заболевания (60% и 36,9%), на 3-ем – искусственные аборты (26,7%

и 10,6%). Течение беременности у пациенток 1 группы осложнилось ОРВИ (50%), анемией (43%), угрозой преждевременных родов, во 2 группе – ОРВИ (52,6%), вагинитом (31,5%), гестационным сахарным диабетом (21%). У 68,4% пациенток 2 группы операция КС была срочная (в первой группе – у 50%). Показанием для КС в 1 группе был несостоятельный рубец на матке после одной/двух операций КС (23,3% /16,7%), во 2 группе – тазовое предлежание плода (26,3%). Течение пuerперия осложнилось во 2 группе инфильтрацией и серомой кожного шва (31,5% и 42,1% соответственно). При оценке психологического статуса родильниц по шкале Спилберга-Ханина установлено, что уровень тревожности был значительно выше во 2 группе (32% – высокая тревожность, 42% – умеренная тревожность), чем в 1 группе (25% высокая тревожность, 32% – умеренная тревожность). При оценке результатов опросника А.М. Вейна у родильниц 1 группы общая сумма баллов не превышала 15 и составила, в среднем, $10,7 \pm 1,3$ балла. У родильниц 2 группы этот показатель был выше 15 и составил, в среднем, $15,7 \pm 2,1$ балла, что свидетельствует о наличии у них синдрома вегетативной дисфункции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Большинство женщин 1 группы было старше 30 лет. Для пациенток 2 группы более характерен возраст до 30 лет. У большего числа пациенток 2 группы операция КС была срочная по сравнению с показателями 1 группы. Течение беременности у женщин 2 группы осложнилось вагинитом и гестационным сахарным диабетом в отличие от пациенток 1 группы. Уровень тревожности был значительно выше у родильниц 2 группы по сравнению с показателями в 1 группе. Синдром вегетативной дисфункции выявлен только у родильниц 2 группы.



ГИНЕКОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Базарова З.Н., Андреева М.В.

*Клиника Семейной Медицины Волгоградского Государственного Медицинского Университета
г. Волгоград*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Подростки представляют собой репродуктивный потенциал нашей страны, в связи с этим проблема сохранения их общего и репродуктивного здоровья имеет в современных условиях развития России первостепенную значимость. Ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости девочек-подростков занимают нарушения менструальной функции. Нарушение менструального цикла является фактором риска репродуктивных потерь. Среди нарушений менструальной функции, согласно классификации МКБ, выделяют аменорею, олигоменорею, обильные, частые и нерегулярные менструальные кровотечения и дисменорею.

ЦЕЛЬ

Изучить частоту и структуру нарушений менструального цикла у девочек-подростков в возрасте 15–17 лет, проживающих на территории Волгоградской области

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ годовых отчетов амбулаторной детской гинекологической службы Волгоградской области за 12 месяцев 2018 года. В исследование были включены девочки-подростки в возрасте от 15 до 17 лет с различными типами нарушений менструального цикла.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ведущую роль в структуре гинекологических заболеваний занимают нарушения менструального цикла, которые выявлены у 961 девочек-подростков в возрасте 15–17 лет, что составило 51,3%. В структуре нарушений менструального цикла у девочек-подростков наиболее часто встречалась: дисменорея у 404 (42,1%) девочек; олигоменорея у 308 (32,1%) обследованных; обильные, частые и нерегулярные менструальные кровотечения были выявлены у 163 (17%) девочек-подростков. Аменорея диагностирована всего у 84 (8,7%) девочек-подростков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У каждой второй обратившейся к детскому гинекологу девочки-подростка Волгоградской области диагностировались различные нарушения менструального цикла. Среди них ведущее место по распространенности занимала дисменорея. Это может быть связано с повышенным уровнем психофизиологических нагрузок и снижением процессов стрессоустойчивости, характерных для подростков. Ранняя диагностика и своевременная коррекция нарушений менструального цикла у девочек-подростков позволит снизить частоту гинекологических заболеваний и репродуктивных потерь в более позднем возрасте.

ГРУППЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ

Захарова К.И., Андреева М.В., Шевцова Е.П., Неклюдова А.В.

*ГУЗ «Клинический родильный дом №2»
г. Волгоград*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Воспалительные болезни шейки матки – экзо- и эндоцервициты (ВБШМ) диагностируются у каждой седьмой женщины, обратившейся к гине-

кологу. В связи с этим могут возникнуть такие осложнения, как дисплазии шейки матки с последующим переходом в рак шейки матки. Ранняя



диагностика и своевременное лечение ВБШМ могут предотвратить эти заболевания.

ЦЕЛЬ

Определить группы риска развития ВБШМ и разработать алгоритм их лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В женской консультации крупного промышленного города обследованы и пролечены 84 женщины с диагнозом «Воспалительные болезни шейки матки» (шифр по МКБ-10 N72) в соответствии с приказом МЗ РФ № 572н.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Женщины с ВБШМ были в возрасте от 20 до 46 лет. Из них 80,6% – в возрасте от 22 до 34 лет. По социальному положению эти пациентки были равнозначны. У 89% обследованных половая жизнь началась до 18 лет с частой сменой половых партнеров. Большинство женщин (76%) отметили несколько половых партнеров, травматизацию шейки матки при абортах и родах. Основной вид контрацепции у 66% женщин – прерванный половой акт. У 71% пациенток в анамнезе были искусственные аборты. Половина обследованных не состояла в законном браке. Практически всем женщинам диагноз ВБШМ выставлялся ранее, но они или не получали лечения, или не соблюдали рекомендации врача. Обследованным больным препараты для лечения ВБШМ назначались согласно выделенному возбудителю. Лечение ВБШМ состояло из двух этапов: этиотропная терапия, затем восстановление микробиотоза вла-

галища. При специфических возбудителях ВБШМ применялись антибиотики из групп макролидов, фторхинолонов, тетрациклинов (хламидии) и антибактериальные препараты имидазольной группы (трихомонады). При неспецифических возбудителях (E.coli, стрептококки, стафилококки и др.) ВБШМ применялась комбинация лекарственных средств (антибиотики и антибактериальные препараты). Противогрибковые препараты назначались при кандидозных ВБШМ интравагинально и перорально. Иммуностимуляторы и противовирусные препараты назначались при вирусном поражении шейки матки (ВПЧ, вирус простого герпеса 1 и 2 типа). Также было предложено воздержаться от половой жизни на время диагностики и лечения ВБШМ, обследовать полового партнера на наличие инфекций. Исход лечения был благоприятный в 93% случаев, так как у этих женщин лечение было адекватное, а также были соблюдены все рекомендации врача.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, к группам риска развития ВБШМ относятся: возраст 22–34 года, начало половой жизни до 18 лет, частая смена половых партнеров, использование методов контрацепции неэффективных в отношении ИППП, медицинские аборты в анамнезе. Эффективность терапии ВБШМ от разработанного алгоритма лечения, на основании выявленных групп риска развития ВБШМ составил 93%. Следовательно, выявление групп риска развития ВБШМ поможет создать меры их профилактики и лечения.

СВЯЗЬ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА RS2414098 ГЕНА CYP19A1 С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Смирнова Г.А., Валеева Е.В.

*ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
г. Казань*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Необходимость изучения причин возникновения полипов эндометрия связана с сопутствующими аномальными маточными кровотечениями, а также с возможностью их прогрессирования в перспективе в рак эндометрия. Риск малигнизации полипов увеличивается с возрастом, достигая пика в постменопаузе (12,9%). Известна роль избыточной экспрессии ароматазы – фермента, конвертирующего С19 стероиды в эстрогены – в генезе полипов эндометрия. Кодировать её синтез

ген CYP19A1. Поэтому полиморфизм гена, кодирующего ароматазу, может быть вовлечён в процесс образования полипов эндометрия. Полиморфизмы генов не являются непосредственной и обязательной причиной развития заболевания, но могут обуславливать больший или меньший риск его развития при действии различных внешних факторов



ЦЕЛЬ

Оценить распространенность полиморфизма rs2414098 гена CYP19A1 и исследовать его ассоциации с риском возникновения полипов эндометрия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 199 жительниц Республики Татарстан русской и татарской национальности. Основная группа – 98 пациенток с полипами эндометрия и контрольная группа – 101 женщина без патологии эндометрия. Все женщины группы контроля старше 65 лет, поскольку с увеличением возраста шанс появления новых полипов эндометрия уменьшается. Всем женщинам основной и контрольной групп проведены анкетирование, сбор анамнеза и генотипирование однонуклеотидного полиморфизма rs2414098 гена CYP19A1 методом полимеразной цепной реакции в реальном времени с помощью реактивов фирмы «ТестГен» (Ульяновск, Россия).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Распределение частот встречаемости генотипов полиморфизма rs2414098 гена CYP19A1 в основной и контрольной группах подчинялось равновесию Харди–Вайнберга ($\chi^2=0,004$, $p=0,95$; $\chi^2=0,04$, $p=0,85$, соответственно).

Соотношение гомозиготных по мутантному аллелю С (С/С), гетерозиготных (С/А) и гомозиготных по нормальному аллелю А (А/А) генотипов rs2414098 в основной группе пациенток было 56 (0,571), 36 (0,367) и 6 (0,061), а в контрольной группе – 34 (0,337), 50 (0,495) и 17 (0,168) соответственно.

Частота аллеля С (0,755 против 0,594, $\chi^2 =13,1$, $p=0,0003$, ОШ=2,19, 95% ДИ 1,43–3,37) и генотипа С/С (0,571 против 0,337, $\chi^2 =11,07$, $p=0,0011$, ОШ=2,62, 95% ДИ 1,48–4,67) были достоверно выше у женщин с полипами эндометрия в сравнении с контрольной группой. В то время как частота аллеля А (0,416 против 0,245, $\chi^2 =13,1$, $p=0,0003$, ОШ=0,45, 95% ДИ 0,29–0,7) и генотипа А/А (0,168 против 0,061, $\chi^2=5,58$, $p=0,02$, ОШ=3,1, 95% ДИ 1,17–8,24) были значимо выше у женщин контрольной группы при сравнении с основной.

Наличие аллеля С и генотип С/С однонуклеотидного полиморфизма rs2414098 являются факторами, повышающими риск развития полипов эндометрия у женщин, проживающих на территории Республики Татарстан. Тогда как присутствие аллеля А и генотип А/А этого полиморфизма уменьшают риск появления этого заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование продемонстрировало наличие ассоциаций аллелей С и А и генотипов С/С и А/А однонуклеотидного полиморфизма rs2414098 гена CYP19A1 с риском возникновения полипов эндометрия.



СОДЕРЖАНИЕ

АКУШЕРСТВО

- 3** ИСХОДЫ РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРУКТУРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПУПОВИНЫ
Алсатоу А.С.
- 4** ОЦЕНКА МИКРОБИОТЫ ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
Андреева М.В., Неклюдова А.В.
- 5** ВОПРОС «РЕБРОМ» В ВОЗМОЖНОСТЯХ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДОВ КАТЕТЕРОМ ФОЛЕЯ
Баранов А.П., Уманский М.Н., Буштырев А.В., Медведева Г.В., Дмитриева М.П.
- 6** К ВОПРОСУ О РОЛИ МАТЕРИНСКОЙ ТРОМБОФИЛИИ В ГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН
Бегова С.В., Эседова А.Э.
- 7** К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРОТИВОТРОМБОТИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН
Бегова С.В., Эседова А.Э.
- 8** ПЛАЦЕНТАРНАЯ ЭКСПРЕССИЯ СОСУДИСТОТРОПНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
Вельская Э.М., Петяева А.В., Коптеева Е.В., Дробинцева А.О.
- 9** ПЛАЦЕНТАРНАЯ ЭКСПРЕССИЯ ЛЕПТИНА И ФАКТОРА ИНДУЦИРУЕМОГО ГИПОКСИЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
Вельская Э.М., Петяева А.В., Коптеева Е.В., Дробинцева А.О.
- 10** ВОЗМОЖНОСТИ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ В 22–28 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ
Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Криволесова Т.А.
- 11** АФЕРЕЗНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИИ
Воинов В.А., Иванов Д.О., Ветров В.В., Вьюгов М.А., Криволесова Т.А.
- 12** ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19
Давыдова Ю.Д., Веккер И.Р., Ефремова Е.Г., Приймак В.Г., Солодовникова Е.О.
- 13** БЕРЕМЕННОСТЬ У ПАЦИЕНТОК С ПОЗДНИМИ СТАДИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК
Демьянова К.А., Козловская Н.Л., Апресян С.В., Рыльцева Л.П., Коротчаева Ю.В., Бондаренко Т.В.
- 14** ЭКСПРЕССИЯ ПЛАЦЕНТА-СПЕЦИФИЧНЫХ МИКРОРНК ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА
Забанова Е.А., Кузнецова Н.Б., Буштырева И.О., Бутенко Е.В., Шкурат Т.П., Покудина И.О.
- 15** ИЗМЕНЕНИЯ В ПАТТЕРНЕ ПЛАЦЕНТА-АССОЦИИРОВАННЫХ АНТИГЛИКАНОВЫХ АНТИТЕЛ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Зиганшина М.М.¹, Шилова Н.В.^{1,2}, Терентьева А.В.³, Хасбиуллина Н.Р.¹, Обухова П.С.^{1,2}, Нокель А.Ю.^{1,2}, Шмаков Р.Г.¹, Долгополова Е.Л.¹, Бовин Н.В.²
- 16** ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ФУКОЗИЛИРОВАННЫХ ГЛИКАНОВ В ПЛАЦЕНТЕ ПРИ УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Зиганшина М.М., Куликова Г.В., Долгополова Е.Л., Синицына В.А., Шмаков Р.Г., Щеголев А.И.
- 17** СИСТЕМА ИНСУЛИНОПОДОБНЫХ ФАКТОРОВ РОСТА У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ С МАКРОСОМИЕЙ ПЛОДА?
Капустин Р.В., Бабаков В.Н., Алексеенкова Е.Н., Аржанова О.Н.
- 18** ЭНДОГЛИН КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Капустин Р.В., Смирнов И.В., Коптеева Е.В., Цыбук Е.М., Алексеенкова Е.Н., Аржанова О.Н.
- 19** СОДЕРЖАНИЕ МАРКЕРОВ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА И АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Капустин Р.В., Чепанов С.В., Коптеева Е.В., Аржанова О.Н.
- 20** НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН НА ПРЕГРАВИДАРНОМ ЭТАПЕ С УЧЕТОМ ОТСУТСТВИЯ ИЛИ НАЛИЧИЯ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В АНАМНЕЗЕ
Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г.
- 21** МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ЖЕНЩИН С ПОВТОРНЫМИ РОДАМИ
Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г.



XXI ВСЕРОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
Мать и Дитя – 2020

28–30 СЕНТЯБРЯ 2020 ГОДА
Московская область, г. Красногорск,
МВЦ «Крокус Экспо», 3 павильон, 4 этаж, 20 зал

Авторы ▶

Содержание ▶

Постерные доклады ▶

Тезисы ▶

В начало ▶

- 22** ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ ПАРИТЕТА
Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г.
- 23** ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Киценко Е.А.¹, Габриелян А.Р.², Апресян С.В.², Манукьян Г.В.¹, Шмаков Р.Г.², Фандеев Е.Е.¹, Жигалова С.Б.¹, Мусин Р.А.¹, Полушкина Е.С.³, Крыжановская Е.Ю.¹, Алажажи М.², Шукина А.А.¹
- 24** ПРЕЭКЛАМПСИЯ: РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
Кодряну Н.П., Иванова Е.Г., Гуцу М.В.
- 25** РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА MMR9 В ПАТОГЕНЕЗЕ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Кононенко И.С.
- 26** ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ АДИПОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Коптеева Е.В., Капустин Р.В., Чепанов С.В., Аржанова О.Н.
- 27** ОЦЕНКА ЭКСПРЕССИИ CD69 ЛИМФОЦИТАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ДЛЯ ПРОГНОЗА ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ
Кречетова Л.В., Вторушина В.В., Инвиева Е.В., Тетраушвили Н.К.
- 28** ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА-18 У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК
Кузнецова Н.Б., Дмитриева М.П., Дыбова В.С.
- 29** ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОМА ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В СРОКЕ ОТ 22 ДО 28 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ
Кузнецова Н.Б., Дыбова В.С.
- 30** МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ
Куклина Л. В., Кравченко Е. Н.
- 31** ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ МАРКЕРАМИ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Манухин И.Б., Хруц Л.В.
- 32** МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ
Михайлин Е.С., Гайдарова А.А., Иванова Л.А.
- 33** НАРУШЕНИЕ СОЗРЕВАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
Михайлин Е.С., Петровичева М.С., Ожиганова И.Н., Иванова Л.А.
- 34** ОПТИМИЗАЦИЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОДХОДОВ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С УКОРОЧЕННОЙ ШЕЙКОЙ МАТКИ
Новикова С.В., Будыкина Т.С., Дальниковская Л.А., Бирюкова Н.В.
- 35** ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ СЕРДЦА ПЛОДА
Потапова А.А., Ходжаева З.С., Бокерия Е.Л.
- 36** ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ПЛОДА
Потапова А.А., Ходжаева З.С., Бокерия Е.Л.
- 36** ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОМ ТРАНСФУЗИОННОМ СИНДРОМЕ
Сакало В.А., Гладкова К.А., Костюков К.В., Ионов О.В.
- 37** МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД
Самчук П.М., Азоева Э.Л., Бештоева А.Х., Козловская И.А., Цароева И.Х. ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) Филиал ГБУЗ «ГКБ имени В.В. Вересаева ДЗМ» «Университетская клиника перинатального акушерства и гинекологии» Москва
- 38** ВЛИЯНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОГО ФАКТОРА РОСТА НА ЭКСПРЕССИЮ ЧЕКПОИНТ МОЛЕКУЛ КАК МЕХАНИЗМ АДАПТАЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Сметаненко Е.А., Пасман Н.М., Черных Е.Р.
- 39** БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ
Степанян Л.В., Мальшева И.П., Мединский Д.Б.
- 40** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНОЙ РЕИНФУЗИИ ЭРИТРОЦИТОВ В ОРЕНБУРГСКОМ ОБЛАСТНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ЗА 2016–2018 ГГ
Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Василевская Г.В., Степанов С.Ю., Ржанников А.С., Веккер И.Р.



XXI ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ Мать и Дитя – 2020

28–30 СЕНТЯБРЯ 2020 ГОДА
Московская область, г. Красногорск,
МВЦ «Крокус Экспо», 3 павильон, 4 этаж, 20 зал

Авторы ▶

Содержание ▶

Постерные доклады ▶

Тезисы ▶

В начало ▶

- 41** СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЕГКИХ
Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Уварова Е.Е., Попов А.А., Клычбаев Т.С., Гаджиева Р.А.
- 42** КЛАССИФИКАЦИЯ РОБСОНА – НОВЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ
Уквальберг М.Е., Кормакова Т.Л., Исакова Ю.С., Яцухно Л.В., Шакурова Е.Ю.
- 43** РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ
Уманский М.Н., Буштырев А.В., Дмитриева М.П., Уманская А.М., Дыбова В.С.
- 44** ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Уманский М.Н., Буштырев А.В., Дыбова В.С., Забанова Е.А.
- 45** ВЛИЯНИЕ ПОЛА ПЛОДА НА ПРОДУКЦИЮ НЕКОТОРЫХ РЕГУЛЯТОРОВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Фабрикант А.Д., Боташева Т.Л., Рымашевский А.Н.
- 46** ПОЛ ПЛОДА В РЕГУЛЯЦИИ ВАЗОКОНСТРИКТОРНЫХ ПРОЦЕССОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Фабрикант А.Д., Боташева Т.Л., Рымашевский А.Н., Андреева В.О., Палиева Н.В., Заводнов О.П., Железнякова Е.В.
- 47** ЗНАЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ФОРМИРОВАНИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Фотина Е.В., Закирова Р.Р., Алексеенкова М.В., Панина О.Б.
- 48** ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА
Ходжаева З.С., Снеткова Н.В., Муминова К.Т., Абрамова М.Е., Есаян Р.М.
- 49** ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ ПЕЧЕНИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ БЕРЕМЕННЫХ
Чемортан Мария
- 50** АКУШЕРСКИЕ И УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕССАРИИ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА-НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ИЦН И ПРОЛАПСА ГИНЕТАЛИЙ
Шнейдерман М.Г., Шнейдерман М.М.
- 51** МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОНОХОРИАЛЬНОЙ ДИАМНИОТИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА
Щеголев А.И., Туманова У.Н., Ляпин В.М., Тетрашвили Н.К.

ГИНЕКОЛОГИЯ

- 53** ВЛИЯНИЕ Т-ОБРАЗНОЙ ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИИ МАТКИ И ПРОМЕЖУТОЧНЫХ ЕЕ ФОРМ НА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ЭКО
Адамян М.А., Тохунц К.А., Кайфаджян К.Г., Худавердян А.Д.
- 54** ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ
Ахапкина Е.С., Батырова З.К., Уварова Е.В., Чупрынин В.Д.
- 55** ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ С ВЫСОКОЙ ТЕХНОГЕННОЙ НАГРУЗКОЙ
Базарова З.Н., Андреева М.В.
- 56** ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ В 1 ТРИМЕСТРЕ
Балакшина Н.Г., Усенко Н.Н., Колпациков Д.В.
- 57** ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ПРЕЭКЛАМПСИИ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ НЕДИАГНОСТИРОВАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Зазерская И.Е., Беттихер О.А., Рябоконь Н.Р.
- 58** СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ДИСЛИПИДЕМИЯ: РОЛЬ НОВОЙ ЕСТЕСТВЕННОЙ АССОЦИАЦИИ
Веджижева Э.Р.
- 59** ВЛИЯНИЕ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ МАТОЧНОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
Жуманова Е.Н., Колгаева Д.И., Корчажкина Н.Б., Лядов К.В., Конева Е.С.
- 60** ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ВЛАГАЛИЩА ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ТАЗОВОГО ДНА
Жуманова Е.Н., Колгаева Д., Корчажкина Н.Б., Лядов К.В., Конева Е.С.



XXI ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ Мать и Дитя – 2020

28–30 СЕНТЯБРЯ 2020 ГОДА
Московская область, г. Красногорск,
МВЦ «Крокус Экспо», 3 павильон, 4 этаж, 20 зал

Авторы ▶

Содержание ▶

Постерные доклады ▶

Тезисы ▶

В начало ▶

- 61** РОЛЬ ФРАКЦИОННОГО ФОТОТЕРМОЛИЗА И ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С РЕКТОЦЕЛЕ И НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ
Жуманова Е.Н., Колгаева Д.И., Лядов К.В., Корчажкина Н.Б., Конева Е.С.
- 61** ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ И СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ
Захарова К.И., Андреева М.В.
- 62** ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ
Ирназарова Д.Х., Янгибаева Д.Т.
- 63** АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА К РАЗВИТИЮ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ СТАТУСА ВИТАМИНА D
Ирназарова Д.Х., Юлдашева Д.Ю.
- 64** ЧАСТОТА I – ОБРАЗНОЙ ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИИ ПОЛОСТИ МАТКИ ПРИ ГИПЕРАНДРОГЕНИЗМЕ
Кайфаджан К.Г., Адамян М.А., Тохунц К.А., Худавердян А.Д.
- 65** ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ЭНДОМЕТРИОМЫ ЯИЧНИКА, С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА
Клычев С.И., Ашурова У.А., Зейтуллаева Э.Р., Абдуллаева Л.М.
- 66** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИМЕНЯЕМОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ СХЕМЫ
Кодряну Н.П., Иванова Е.Г., Кодряну И.В., Корчак Р.В.
- 67** ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ СФОКУСИРОВАННАЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУЩЕНИЯ СТенок ВЛАГАЛИЩА И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН
Колгаева Д.И., Конева Е.С., Жуманова Е.Н., Муравлев А.И., Корчажкина Н.Б.
- 68** ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ДИСФУНКЦИЕЙ ТАЗОВОГО ДНА
Колгаева Д.И., Жуманова Е.Н., Муравлев А.И., Конева Е.С., Лядов К.В.
- 69** ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОК С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ И ОПУЩЕНИЕМ СТенок ВЛАГАЛИЩА
Колгаева Д.И., Лядов К.В., Жуманова Е.Н., Корчажкина Н.Б., Муравлев А.И.
- 70** УРОВЕНЬ АМГ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРУКТУРЫ И РАЗМЕРОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ
Кюрдзиди С.О.^{1,2}, Уварова Е.В.^{1,2}, Кумыкова З.Х.¹, Чупрынин В.Д.¹, Хащенко Е.П.¹, Ежова Л.С.¹, Мамедова Ф.Ш.¹
- 71** ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Муминова К.Т., Ходжаева З.С., Шмаков Р.Г.
- 72** ВЛИЯНИЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ИМПУЛЬСНОЙ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ
Муравлев А.И., Конева Е.С., Корчажкина Н.Б., Лядов К.В.
- 73** КОМПЛЕКСНЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ
Муравлев А.И., Конева Е.С., Корчажкина Н.Б., Лядов К.В.
- 73** БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ С ПОМОЩЬЮ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
Муравлев А.И., Корчажкина Н.Б., Конева Е.С., Лядов К.В.
- 74** РЕПРОДУКТИВНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С УТОЛЩЕНИЕМ J-ЗОНЫ (JZ) МАТКИ
Орехова Е.К., Коган И.Ю.
- 75** МЕТАБОЛОМНЫЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ СТЕРОИДНОГО СОСТАВА КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ
Павлович С.В., Юрова М.В., Чаговец В.В., Франкевич В.Е., Стародубцева Н.Л., Токарева А.О., Чупрынин В.Д.
- 76** ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ МАТОЧНОЙ ФОРМЫ БЕСПЛОДИЯ
Путило А.О., Джибладзе Т.А., Григорцевич Н.Ю.
- 77** ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОГРАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЯИЧНИКАХ
Сафонова Н.Е., Подзолкова Н.М.
- 78** ОЦЕНКА ИМПЛАНТАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЭОЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЗD-УЗИ
Соломатина А.А., Хамзин И.З., Братчикова О.В., Чабиева Л.Б., Тумасян Е.А.



Авторы ▶

Содержание ▶

Постерные доклады ▶

Тезисы ▶

В начало ▶

- 79** ЗНАЧЕНИЕ РОБОТ – АССИСТИРОВАННОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО ИНВАЗИВНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА В ОБЛАСТИ МАЛОГО ТАЗА. (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)
Черненко И.В., Кира Е.Ф., Политова А.К.
- 80** ОСОБЕННОСТИ ЛАКТОФЛОРЫ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ОНКОГЕННОГО РИСКА
Шмакова Н.А., Кононова И.Н., Чистякова Г.Н.
- 81** ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ
Якупова Г.М., Садуакасова Ш.М., Бекниязова Ж.С., Саркулова Д.
- 82** ГЕНИТАЛЬНЫЙ ПРОЛАПС И СТРЕССОВАЯ ИНКОНТИНЕНЦИЯ. МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
Якупова Г.М., Садуакасова Ш.М., Бекниязова Ж.С., Саркулова Д.
- 83** ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Ямурзина А.А., Ордянец И.М.
- 84** СВЯЗЬ МИКРОРНК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ
Ямурзина А.А., Ордянец И.М., Груздева Е.О.

ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

- 85** ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МП-МРТ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ
Носова Ю.В., Солопова А.Е., Хабас Г.Н.
- 86** АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАТИВНОСТИ МРТ И МСКТ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ
Сыркашев Е.М., Солопова А.Е.
- 87** АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО СОСТАВА КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРОЗНЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ
Юрова М.В., Чаговец В.В., Франкевич В.Е., Хабас Г.Н., Павлович С.В.

РЕПРОДУКТОЛОГИЯ

- 89** ВЛИЯНИЕ МИКРОВЕЗИКУЛ ЕСТЕСТВЕННЫХ КИЛЛЕРОВ ЛИНИИ НК-92 НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОК ТРОФОБЛАСТА ЛИНИИ JEG-3
Горшкова А.А., Маркова К.Л., Козырева А.Р., Соколов Д.И., Сельков С.А.
- 90** МИКРОВЕЗИКУЛЫ НК-КЛЕТОК ОПОСРЕДУЮТ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ КЛЕТОК-ИСТОЧНИКОВ
Горшкова А.А., Маркова К.Л., Соколов Д.И., Сельков С.А.
- 91** ИЗУЧЕНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО ВКЛАДА В РАЗВИТИЕ АНЕУПЛОИДИЙ ЭМБРИОНОВ В ПРОГРАММАХ ВРТ
Екимов А.Н., Александрова Н.В., Е.Шубина, Ритчер О.В., Гольцов А.Ю., Трофимов Д.Ю.
- 92** МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ
Ипатов М.В., Маланова Т.Б., Медведева И.М.
- 93** МИКРОВЕЗИКУЛЫ МАКРОФАГОВ ПОДАВЛЯЮТ ПРОЛИФЕРАЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ
Козырева А.Р., Маркова К.Л., Горшкова А.С., Сельков С.А., Соколов Д.И.
- 94** ПОДГОТОВКА К ПРОГРАММЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ: ВОЗМОЖНОСТИ САНАТОРНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ
Медведева И.М., Ипатов М.В., Маланова Т.Б.
- 95** СУБОПТИМАЛЬНЫЙ ОТВЕТ НА СТИМУЛЯЦИЮ СУПЕРОВУЛЯЦИИ В СВЕЖИХ ЦИКЛАХ ЭКО/ИКСИ: КАКИЕ ЕСТЬ ОСОБЕННОСТИ?
Нгуен Конг Туан
- 96** ВЛИЯНИЕ ЭМБРИОЛОГИЧЕСКОГО ЭТАПА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ВРТ С ПЕРЕНОСОМ РАЗМОРОЖЕННОГО ЭМБРИОНА
Петросян Я.А., Макарова Н.П., Сыркашева А.Г., Романов А.Ю., Калинина Е.А.
- 97** ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТОКОЛОВ ПОДГОТОВКИ ЭНДОМЕТРИЯ К ПЕРЕНОСУ РАЗМОРОЖЕННОГО ЭМБРИОНА В ПРОГРАММАХ ВРТ
Петросян Я.А., Сыркашева А.Г., Романов А.Ю., Макарова Н.П., Калинина Е.А.



Авторы ▶

Содержание ▶

Постерные доклады ▶

Тезисы ▶

В начало ▶

- 97** СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ГОНАДОТРОПИНОВ ПРИ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ИНДУКЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Хетагурова Д.Т., Курцер М.А., Касьянова Г.В., Ползиков М.А.
- 99** РОЛЬ ЭКСПРЕССИИ VDR, CD4, CD8 ЭНДОМЕТРИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ТРУБНЫМ БЕСПЛОДИЕМ
Чухнина Е.Г., Воропаева Е.Е., Казачков Е.Л., Казачкова Э.А.
- 100** ТОНКИЙ ЭНДОМЕТРИЙ – НЕГОРМОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ЭКО
Шнейдерман М.Г., Калинина Е. А., Смольникова В.Ю., Мишшева Н. Г., Абубакиров А.Н., Куземин А.А.

НЕОНАТОЛОГИЯ

- 102** ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В СОСТОЯНИИ ГИПОКСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ
Богомазова И.М., Игнатко И.В., Белоусова В.С., Козлова Г.И., Кечина А.М., Мусаева Р.З.
- 103** АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В СОСТОЯНИИ ГИПОКСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ
Богомазова И.М., Игнатко И.В., Белоусова В.С., Козлова Г.И., Кечина А.М., Мусаева Р.З.
- 104** ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПРИ ЛАКТОСТАЗЕ И МАСТИТЕ
Геращенко Я.Л.
- 105** РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПОСТНАТАЛЬНО У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА
Звягина Ж.А., Цой Е.Г., Цигельникова Л.В., Раскатова А.А., Григоричева Е.В., Добрынина К.С., Абрамова Л.В., Михайлова У.В.
- 106** ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНОЕ ВНУТРИСОСУДИСТОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ
Зелянина Е.А., Тетрашвили Н.К., Бокерия Е.Л.
- 107** НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ БЕРЕМЕННОСТИ
Караваева А.Л., Тимофеева Л.А., Зубков В.В., Тютюнник В.Л.
- 108** ВЛИЯНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА УРОВЕНЬ ЦИТОКИНОВ ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
Макиева М.И., Зубков В.В., Шамаков Р.Г., Ванько Л.В., Жукова А.С., Кречетова Л.В.
- 109** ВЛИЯНИЕ РОДОВ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА
Самчук П.М., Царова И.Х., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З., Яковченко С.А.
- 110** ОЦЕНКА ГАЗОВО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА АРТЕРИАЛЬНОЙ И ВЕНОЗНОЙ ПУПОВИННОЙ КРОВИ
Самчук П.М., Царова И.Х., Бештеева А.Х., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З.
- 111** ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ПЛОДА
Сыркашев Е.М., Быченко В.Г., Буров А.А., Гус А.И.
- 112** ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОСМЕРТНОГО ГИДРОТОРАКСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАВИСИТ ОТ ДАВНОСТИ СМЕРТИ
Туманова У.Н., Быченко В.Г., Щеголев А.И.
- 113** ПОРТОСИСТЕМНЫЕ ШУНТЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ: УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА, КАТАМНЕЗ
Филиппова Е.А., Сугак А.Б., Пыков М.И., Барышникова И.Ю., Медведева И.Б., Дегтярева А.В., Казанцева И.А.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

- 114** ИТОГИ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ РОАГ ЗА ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ 2020 Г.
Баранов И.И., Нестерова Л.А.



Авторы ▶

Содержание ▶

Постерные доклады ▶

Тезисы ▶

В начало ▶

ПОСТЕРНЫЕ ДОКЛАДЫ

АКУШЕРСТВО

- 115** ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Неклюдова А.В., Андреева М.В., Шевцова Е.П., Захарова К.И.

ГИНЕКОЛОГИЯ

- 116** ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Базарова З.Н., Андреева М.В.

- 116** ГРУППЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ

Захарова К.И., Андреева М.В., Шевцова Е.П., Неклюдова А.В.

- 117** СВЯЗЬ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА RS2414098 ГЕНА СYP19A1 С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Смирнова Г.А., Валеева Е.В.



XXI ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ Мать и Дитя – 2020

28–30 СЕНТЯБРЯ 2020 ГОДА
Московская область, г. Красногорск,
МВЦ «Крокус Экспо», 3 павильон, 4 этаж, 20 зал

Авторы ▶

Содержание ▶

Постерные доклады ▶

Тезисы ▶

В начало ▶

АВТОРЫ

XXI Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и Дитя – 2020»

Адамян М.А., Тохунц К.А., Кайфаджян К.Г., Худавердян А.Д.

Алсатоу А.С.

Андреева М.В., Неклюдова А.В.

Ахапкина Е.С., Батырова З.К., Уварова Е.В., Чупрынин В.Д.

Базарова З.Н., Андреева М.В.

Базарова З.Н., Андреева М.В.

Балакшина Н.Г., Усенко Н.Н., Колпацников Д.В.

Баранов А.П., Уманский М.Н., Буштырев А.В., Медведева Г.В., Дмитриева М.П.

Баранов И.И., Нестерова Л.А.

Бегова С.В., Эседова А.Э.

Бегова С.В., Эседова А.Э.

Богомазова И.М., Игнатко И.В., Белоусова В.С., Козлова Г.И., Кечина А.М., Мусаева Р.З.

Богомазова И.М., Игнатко И.В., Белоусова В.С., Козлова Г.И., Кечина А.М., Мусаева Р.З.

Веджижева Э.Р.

Вельская Э.М., Петяева А.В., Коптеева Е.В., Дробинцева А.О.

Вельская Э.М., Петяева А.В., Коптеева Е.В., Дробинцева А.О.

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

Вошнов В.А., Иванов Д.О., Ветров В.В., Вьюгов М.А., Криволесова Т.А.

Герашенко Я.Л.

Горикова А.А., Маркова К.Л., Козырева А.Р., Соколов Д.И., Сельков С.А.

Горикова А.А., Маркова К.Л., Соколов Д.И., Сельков С.А.

Давыдова Ю.Д., Веккер И.Р., Ефремова Е.Г., Приймак В.Г., Солодовникова Е.О.

Демьянова К.А., Козловская Н.Л., Апресян С.В., Рьльцева Л.П., Коротчаева Ю.В., Бондаренко Т.В.

Екимов А.Н., Александрова Н.В., Е.Шубина, Ритчер О.В., Гольцов А.Ю., Трофимов Д.Ю.

Жуманова Е.Н., Колгаева Д.И., Корчажкина Н.Б., Лядов К.В., Конева Е.С.

Жуманова Е.Н., Колгаева Д.И., Лядов К.В., Корчажкина Н.Б., Конева Е.С.

Жуманова Е.Н., Колгаева Д., Корчажкина Н.Б., Лядов К.В., Конева Е.С.

Забанова Е.А., Кузнецова Н.Б., Буштырева И.О., Бутенко Е.В., Шкурат Т.П., Покудина И.О.

Зазерская И.Е., Беттихер О.А., Рябоконе Н.Р.

Захарова К.И., Андреева М.В.

Захарова К.И., Андреева М.В., Шевцова Е.П., Неклюдова А.В.

Звягина Ж.А., Цой Е.Г., Цигельникова Л.В., Раскатова А.А., Григоричева Е.В., Добрынина К.С., Абрамова Л.В., Михайлова У.В.

Зелянина Е.А., Тетруашвили Н.К., Бокерия Е.Л.

Зиганшина М.М.¹, Шилова Н.В.^{1,2}, Терентьева А.В.³, Хасбиуллина Н.Р.¹, Обухова П.С.^{1,2}, Нокель А.Ю.^{1,2}, Шмаков Р.Г.¹, Долгополова Е.Л.¹, Бовин Н.В.²

Зиганшина М.М., Куликова Г.В., Долгополова Е.Л., Синицына В.А., Шмаков Р.Г., Щеголев А.И.

Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Медведева И.М.

Ирназарова Д.Х., Юлдашева Д.Ю.

Ирназарова Д.Х., Янгибаева Д.Т.

Кайфаджян К.Г., Адамян М.А., Тохунц К.А., Худавердян А.Д.

Капустин Р.В., Бабаков В.Н., Алексеенкова Е.Н., Аржанова О.Н.

Капустин Р.В., Смирнов И.В., Коптеева Е.В., Цыбук Е.М., Алексеенкова Е.Н., Аржанова О.Н.



XXI ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ Мать и Дитя – 2020

28–30 СЕНТЯБРЯ 2020 ГОДА
Московская область, г. Красногорск,
МВЦ «Крокус Экспо», 3 павильон, 4 этаж, 20 зал

Авторы ▶

Содержание ▶

Постерные доклады ▶

Тезисы ▶

В начало ▶

Капустин Р.В., Чепанов С.В., Коптеева Е.В., Аржанова О.Н.

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

Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г.

Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г.

Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г.

Киценко Е.А.¹, Габриелян А.Р.², Апресян С.В.², Манукьян Г.В.¹, Шмаков Р.Г.³, Фандеев Е.Е.¹, Жигалова С.Б.¹, Мусин Р.А.¹, Полушкина Е.С.³, Крыжановская Е.Ю.¹, Алажажи М.², Шукина А.А.¹

Клычев С.И., Ашурова У.А., Зейтуллаева Э.Р., Абдуллаева Л.М.

Кодряну Н.П., Иванова Е.Г., Гуцу М.В.

Кодряну Н.П., Иванова Е.Г., Кодряну И.В., Корчак Р.В.

Козырева А.Р., Маркова К.Л., Горшкова А.С., Сельков С.А., Соколов Д.И.

Колгаева Д.И., Жуманова Е.Н., Муравлев А.И., Конева Е.С., Лядов К.В.

Колгаева Д.И., Конева Е.С., Жуманова Е.Н., Муравлев А.И., Корчажкина Н.Б.

Колгаева Д.И., Лядов К.В., Жуманова Е.Н., Корчажкина Н.Б., Муравлев А.И.

Кононенко И.С.

Коптеева Е.В., Капустин Р.В., Чепанов С.В., Аржанова О.Н.

Кречетова Л.В., Вторушина В.В., Инвиева Е.В., Тетрашвили Н.К.

Кузнецова Н.Б., Дмитриева М.П., Дыбова В.С.

Кузнецова Н.Б., Дыбова В.С.

Куклина Л. В., Кравченко Е. Н.

Кюрдзиди С.О.^{1,2}, Уварова Е.В.^{1,2}, Кумькова З.Х.¹, Чупрынин В.Д.¹, Хащенко Е.П.¹, Ежова Л.С.¹, Мамедова Ф.Ш.¹

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

Манухин И.Б., Хруц Л.В.

Медведева И.М., Ипатова М.В., Маланова Т.Б.

Михайлин Е.С., Гайдарова А.А., Иванова Л.А.

Михайлин Е.С., Петровичева М.С., Ожиганова И.Н., Иванова Л.А.

Муминова К.Т., Ходжаева З.С., Шмаков Р.Г.

Муравлев А.И., Конева Е.С., Корчажкина Н.Б., Лядов К.В.

Муравлев А.И., Конева Е.С., Корчажкина Н.Б., Лядов К.В.

Муравлев А.И., Корчажкина Н.Б., Конева Е.С., Лядов К.В.

Нгуен Конг Туан

Неклюдова А.В., Андреева М.В., Шевцова Е.П., Захарова К.И.

Новикова С.В., Будыкина Т.С., Дальниковская Л.А., Бирюкова Н.В.

Носова Ю.В., Солопова А.Е., Хабас Г.Н.

Орехова Е.К., Коган И.Ю.

Павлович С.В., Юрова М.В., Чаговец В.В., Франкевич В.Е., Стародубцева Н.Л., Токарева А.О., Чупрынин В.Д.

Петросян Я.А., Макарова Н.П., Сыркашева А.Г., Романов А.Ю., Калинина Е.А.

Петросян Я.А., Сыркашева А.Г., Романов А.Ю., Макарова Н.П., Калинина Е.А.

Потапова А.А., Ходжаева З.С., Бокерия Е.Л.

Потапова А.А., Ходжаева З.С., Бокерия Е.Л.

Путило А.О., Джибладзе Т.А., Григорцевич Н.Ю.

Сакало В.А., Гладкова К.А., Костюков К.В., Ионов О.В.

Самчук П.М., Азоева Э.Л., Бештоева А.Х., Козловская И.А., Цароева И.Х. ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) Филиал ГБУЗ «ГКБ имени В.В. Вересаева ДЗМ» «Университетская клиника перинатального акушерства и гинекологии» Москва

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

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



XXI ВСЕРОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
Мать и Дитя – 2020

28–30 СЕНТЯБРЯ 2020 ГОДА
Московская область, г. Красногорск,
МВЦ «Крокус Экспо», 3 павильон, 4 этаж, 20 зал

Авторы ▶

Содержание ▶

Постерные доклады ▶

Тезисы ▶

В начало ▶

Сафонова Н.Е., Подзолкова Н.М.

Сметаненко Е.А., Пасман Н.М., Черных Е.Р.

Смирнова Г.А., Валеева Е.В.

Соломатина А.А., Хамзин И.З., Братчикова О.В., Чабиева Л.Б., Тумасян Е.А.

Степанян Л.В., Малышева И.П., Мединский Д.Б.

Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Василевская Г.В., Степанов С.Ю., Ржанников А.С., Веккер И.Р.

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

Сыркашев Е.М., Быченко В.Г., Буров А.А., Гус А.И.

Сыркашев Е.М., Солопова А.Е.

Туманова У.Н., Быченко В.Г., Щеголев А.И.

Уквальберг М.Е., Кормакова Т.Л., Исакова Ю.С., Яцухно Л.В., Шакурова Е.Ю.

Уманский М.Н., Буштырев А.В., Дмитриева М.П., Уманская А.М., Дыбова В.С.

Уманский М.Н., Буштырев А.В., Дыбова В.С., Забанова Е.А.

Фабрикант А.Д., Боташева Т.Л., Рымашевский А.Н.

Фабрикант А.Д., Боташева Т.Л., Рымашевский А.Н., Андреева В.О., Палиева Н.В., Заводнов О.П., Железнякова Е.В.

Филлипова Е.А., Сугак А.Б., Пыков М.И., Барышникова И.Ю., Медведева И.Б., Дегтярева А.В., Казанцева И.А.

Фотина Е.В., Закирова Р.Р., Алексеенкова М.В., Панина О.Б.

Хетагурова Д.Т., Курцер М.А., Касьянова Г.В., Ползиков М.А.

Ходжаева З.С., Снеткова Н.В., Муминова К.Т., Абрамова М.Е., Есяян Р.М.

Чемортан Мария

Черненко И.В., Кира Е.Ф., Политова А.К.

Чухнина Е.Г., Воропаева Е.Е., Казачков Е.Л., Казачкова Э.А.

Шмакова Н.А., Кононова И.Н., Чистякова Г.Н.

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

Шнейдерман М.Г., Шнейдерман М.М.

Щеголев А.И., Туманова У.Н., Ляпин В.М., Тетруашвили Н.К.

Юрова М.В., Чаговец В.В., Франкевич В.Е., Хабас Г.Н., Павлович С.В.

Якупова Г.М., Садуакасова Ш.М., Бегниязова Ж.С., Саркулова Д.

Якупова Г.М., Садуакасова Ш.М., Бекниязова Ж.С., Саркулова Д.

Ямурзина А.А., Ордиянц И.М.

Ямурзина А.А., Ордиянц И.М., Груздева Е.О.

Wobenzym®
Вобэнзим

Теперь в новой
упаковке!

Вобэнзим – патогенетически обоснованный препарат для лечения воспалительных заболеваний в гинекологии и урологии



СДЕЛАНО
В ГЕРМАНИИ

www.wobenzym.ru

W

Повышает шансы на успешную беременность и рождение здорового ребенка^{1,2}

W

Выраженное противовоспалительное действие³

W

Ускоряет регенерацию эндометрия у женщин с хроническим эндометритом¹

W

Способствует полноценному созреванию и повышению рецептивности эндометрия¹

W

Повышает эффективность антибиотикотерапии и снижает риск развития антибиотикорезистентности^{4,5}

5 × 3 × 4-12 нед.

5 табл. 3 р./день от 4 нед. до 3 мес., в зависимости от тяжести процесса⁴

1. Ордянец И.М., Коган Е.А. под ред. Радзинского В.Е. «Пути преодоления привычного невынашивания». Status Praesens, 2019. 2. Пестрикова Т.Ю., Молодцова Л.Ю. «Эффективность терапии с использованием протеолитических энзимов в лечении бактериального вагиноза и вагинального кандидоза у беременных». Практическая медицина, 2015. 3. Буданов П.В. «Оптимизация лечения больных с воспалительными заболеваниями придатков матки». Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии, 2007, №5. 4. Ткачук В.Н. и соавторы «Место системной энзимотерапии в комплексном лечении больных хроническим простатитом». Врачебное сословие, 2007, №5. 5. Тец В.В. и соавторы «Влияние экзогенных протеолитических ферментов на бактерии». Антибиотики и химиотерапия, 2004, т.49, №12.

ДВОЙНОЕ ДЕЙСТВИЕ

ПИЩЕВЫХ ВОЛОКОН
ОПТИФАЙБЕР



1



Естественным
образом
помогает работе
и освобождению
кишечника

2



Способствует
восстановлению
баланса
кишечной
микрофлоры

OptiFibre®



100% растворим



Без вкуса



Без запаха



Не раздражает кишечник и не вызывает привыкание



**НАТУРАЛЬНЫЙ
СОСТАВ 100%**

- ✓ Без сахара
- ✓ Без сахарозаменителей
- ✓ Без ароматизаторов
- ✓ Без консервантов
- ✓ Без красителей
- ✓ Без лактозы
- ✓ Без глютена
- ✓ Без ГМО



Двойное действие
**КЛИНИЧЕСКИ
ДОКАЗАНО**



Сделано
в Германии

СГР № AM.01.48.01.003.E.000013.02.19 от 18.02.2019

ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ НА УПАКОВКЕ.

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.