СБОРНИК ТЕЗИСОВ

XXVII

Москва

XXVII
ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
ВЫСТАВОЧНОЙ ЭКСПОЗИЦИЕЙ

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ЭПИЦЕНТРЕ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОТ МЕНАРХЕ ДО МЕНОПАУЗЫ

Москва, ул. Академика Опарина, д. 4
ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Сборник тезисов

XXVII ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА
с международным участием и специализированной выставочной экспозицией «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы»

М., 2021 – 192 с.

Министерство Здравоохранения Российской Федерации

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

Российское общество акушеров-гинекологов

Общероссийская общественная организация «Российское общество по контрацепции»

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

ПРИ УЧАСТИИ:

Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (ESC)

Европейской федерации по кольпоскопии и патологии нижнего отдела генитального тракта (EFC)

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

Академика РАН Сухих Г.Т.
Профессора Прилепской В.Н.
Составитель сборника к.м.н. Сычева Е.Г.

Предназначен для акушеров-гинекологов, онкогинекологов, иммунологов, педиаторов, инфекционистов, врачей общего профиля и др.

ISBN 978–5–6046126–0–6

ООО «МЕДИ Ивент», 2021

ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ ДЕФЕКТАМИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Адамян Л.В., Мартынов С.А., Сидорова Т.А.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность:

Частота кесарева сечения (КС) в всем мире остается высокой, без тенденции к снижению. Ввиду этого проблема последующей беременности и родов у женщин с рубцом на матке после КС приобретает все большую актуальность. Важным нерешенным вопросом остается определение показаний для оперативного лечения (метропластики). Существует единственное проспективное исследование Vikhareva Osser O., где авторы установили пороговые значения толщины рубца после КС: для трансвагинального УЗИ – ⩽2,2 мм – после 1 КС и ⩽1,9 мм – после 2 и более КС, а также для соногистерографии – ⩽2,5 мм – после 1 КС и ⩽2,3 мм – после 2 и более КС, в связи с чем важен анализ течения беременности и родов у женщин с различной степенью истончения рубца после КС для уточнения показаний к метропластике.

Цель

Оценка особенностей течения беременности и толщины нижнего маточного сегмента (НМС) в зоне рубца в III триместре и в родах у женщин с пограничным значением толщины остаточного миометрия до беременности.

Материалы и методы

Проведено проспективное исследование 32 пациенток, планирующих беременность, с дефектами рубца на матке после КС за период с 2015 года по 2020 год, у которых толщина рубца на матке после операции КС по данным УЗИ составляла >2,2 мм <4 мм. Проанализированы клинико-анамнестические особенности, данные обследования, наступление и течение последующей беременности, состояние рубца во время родоразрешения.

Результат

Анализ результатов обследования показал, что толщина остаточного миометрия составила по данным УЗИ 2,71 ±0.65 мм, по данным МРТ 3.01 ±0,95 мм, по данным ЭХО-ГГ 3,31 ±0,63 мм. Выявленные значительные различия толщины остаточного миометрия свидетельству-

ют о большей диагностической ценности методик с контрастированием полости матки.

В анамнезе у 28 (87,5%) женщин выполнено 1 КС, у 4 женщин (11,5%) – 2 и более КС. У 21 (65,6%) пациентки предыдущее КС выполнено в плановом порядке, у 11 пациенток (34,4%) – в экстренном порядке. Низкое расположение зоны рубца (цервикализация) было отмечено у 12 женщин, из них у 10 после КС в экстренном порядке.

Учитывая незначительное истончение рубца после КС, всем пациенткам было рекомендовано планирование беременности без выполнения метропластики под тщательным контролем зоны рубца во время беременности. У 9 пациенток наступила беременность. Неразвивающаяся беременность имела место в одном случае на малом сроке гестации, две пациентки беременны на момент публикации (6 недель и 27 недель), 6 пациенток были родоразрешены путем операции КС, из них 5 женщин – в плановом порядке в 38-40 недель, 1 женщина – в экстренном порядке в 35 недель (преждевременное излитие околоплодных вод). У всех пациенток толщина НМС в зоне рубца на сроках 33-36 недель по данным УЗИ составила 2,4 ±0,16 мм (минимально – 1,7 мм. Во время КС средняя толщина рубца составила 2,8 ±0,12 мм, лишь в одном случае отмечена толщина рубца 1 мм, и в 1 – менее 1 мм.

Заключение

Анализ течения и исходов беременности у пациенток с пограничными значениями толщины рубца после КС (по данным УЗИ >2,2 мм и <4 мм) не выявил существенных отклонений. Признаков угрожающего разрыва во время беременности, также как и разрыва матки во время оперативного родоразрешения выявлено не было. Следует отметить проведение оперативного родоразрешения в 100% случаев в исследуемой группе женщин, несмотря на толщину НМС более 2 мм и значительный процент женщин с одним КС в анамнезе. Полученные нами данные заставляют нас еще более тщательного проводить отбор пациенток для метропластики.

Резюме

В настоящее время важным нерешенным вопросом остается определение четких критериев для выполнения метропластики у пациенток с незначительными дефектами рубца на матке после операции кесарева сечения. Анализ современных данных говорит о необходимости дальнейшего изучения вопроса и возможном пересмотре существующих показаний к метропластике.

Currently, an important unresolved issue is the definition of clear criteria for performing repair of cesarean scar defect in patients with minor defects of the uterine scar after cesarean section. Analysis of modern data suggests the need for further study of the issue and clarification of indications for repair of cesarean scar defect.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В РАЗЛИЧНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Айсаева Б.М., Абусуева З.А.

г. Махачкала
Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность

У женщин репродуктивного возраста бактериальный вагиноз (БВ) является частой причиной патологических вагинальных выделений, однако нечасто он может наблюдаться у девочек до менархе и женщин в период менопаузы. Частота встречаемости БВ в различных популяциях женщин колеблется от 16 до 65%, у 15–37% беременных, а при патологических белях до 87%. Считается, что в современном мире каждая женщина хотя бы 1 раз в жизни имела БВ. Само заболевание не представляет непосредственной опасности для жизни женщины, однако является фактором риска развития осложнений беременности: самопроизвольных абортов, внутриамниотической инфекции, преждевременного излития околоплодных вод, преждевременных родов, рождения детей с низкой массой тела. У женщин с БВ могут развиваться эндометрит и сепсис после кесарева сечения. В настоящее время БВ считается причиной развития инфекционных осложнений после гинекологических операций и абортов, воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), перитонита, абсцессов органов малого таза, при введении внутриматочных контрацептивов. Длительное течение БВ является одним из факторов, повышающих восприимчивость к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), особенно к ВИЧ-инфекции и генитальному герпесу. В мировом масштабе ИППП представляют огромное бремя для здоровья и экономики, особенно в развивающихся странах, где на долю ИППП приходится 17% экономических потерь, обусловленных плохим состоянием здоровья.

Цель

Целью нашего исследования являлось изучение особенности распространения БВ в экозонах Республики Дагестан (РД).

Материалы и методы

Проведен анализ распространенности БВ среди женщин различных возрастов, обратившихся за гинекологической медицинской помощью с 2014 года по 2018 года.

Результат

В экологических зонах Республики Дагестан частота БВ составила около 12% и распределилась следующим образом: наибольшая распространенность отмечалась в высокогор-

ных районах (104,4%), а наименьшая – во внутригорье (13,3%). При этом отмечается, что в условиях внутригорья девушки до 18 лет в 1,7 раза чаще страдают БВ чем высокогорья. При сравнительном анализе заболеваемости БВ в условиях равнины и предгорья выявлено, что на равнине показатели относительно выше (в 2,5 раза), чем в предгорье по всем возрастным группам. Заболеваемость БВ городских женщин значительно ниже относительно других экологических зон.

Возрастная структура заболеваемости БВ по экозонам свидетельствует о значительном разнообразии данных. Максимальные показатели заболеваемости БВ отмечались в возрасте от 18 до 29 лет на равнине, в предгорье и внутригорье. В высокогорье и в городах БВ чаще страдают женщины от 30 до 44 лет.

Заключение

Наибольшая распространенность БВ наблюдается в высокогорных районах РД, это может быть связано с недостаточной доступностью гинекологической помощи в этих районах. Исходя из этого, следует усилить диагностику, лечение и профилактику БВ в экологических зонах Республики Дагестан, особенно в высокогорье.

ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ МНОЖЕСТВЕННОЙ БИОПСИИ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Алиева Д.А., Солиева Р.Б.

г. Ташкент, г. Андижан
Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Акушерства и Гинекологии, Узбекистан,
Андижанский Государственный Медицинский институт, Узбекистан

Актуальность

Дисплазии шейки матки являются часто встречаемой патологией, которая имеет большие потенции к перерождения в рак шейки матки. В Узбекистане рак шейки матки является вторым по распространенности видом рака среди женщин всех возрастов после рака молочной железы и второй по частоте причиной смерти женщин фертильного возраста (15-44 лет) после рака молочной железы. По статистике ВОЗ 2018 году выявлены 570000 новых случаев, которые составляют в структуре общей онкологической заболеваемости 3,8%, а среди женщин 6,6%.

Цель

Оценить результаты гистологического анализа биоптатов шейки матки на примере 2,3

образцов, взятых с атипической зоны трансформации у женщин с диспластическими изменениями многослойного плоского эпителия шейки матки.

Материалы и методы

Биопсия шейки матки была проведена 105 пациенткам у которых были обнаружены диспластические изменения шейки матки различной степени тяжести. Пациентки были обследованы с помощью современных информативных методов: диагностика ИППП, расширенная кольпоскопия (РК), цитологическое исследование мазка. До биопсии согласно протоколу ведения пациенток с предраковыми заболеваниями шейки матки проведен курс антибактериальной, противорирусной, противогрибковой терапии, с результатами анализов на RW, ВИЧ, HBs-Ag, HCV-Ag. Процедура биопсия шейки матки из нескольких участков выполнялась радиоволновой петлей на аппарате «Фотек Е81М», на 5-9-й дни менструального цикла.

Результат

Показание к проведению биопсии: интраэпителиальное поражение слизистой оболочки шейки матки слабой степени – LSIL/CIN I – у 64 (61,0%) с длительностью течения более 2х лет и сочетание с плоской кондиломой шейки матки 21 (20,0%); интраэпителиальное поражения слизистой оболочки шейки матки умеренной степени тяжести – HSIL/CIN II у 20 (19,0%).На основании анализа гистологических исследований биоптатов шейки матки верифицирована слабая дисплазия многослойного плоского эпителия у 69 (65,7%) пациенток, умеренная дисплазия многослойного плоского эпителия шейки матки у 36 (34,3%) пациенток. Наиболее часто встречалась слабая дисплазия в сочетании с цервицитом у 69 (100%) случаях, слабая дисплазия в сочетании с ovuli Naboti у 9 (8,6%) женщин, слабая дисплазия в сочетании с лейкоплакией у 7 (6,7%). Умеренная дисплазия многослойного плоского эпителия шейки матки в сочетании с цервицитом у 36 (100%), с кондиломой шейки матки у 21 (20%) пациенток, железистым полипом шейки матки с пролиферирующим эндоцервикозом – у 12 (11,4%). Субатрофия шейки матки 2 (1,9%), гиперкератоз 5 (4,8%), акантоз 5 (4,8%), эндометриоз шейки матки обнаружен у 3 (2,8%) обследованных.

По результатам биопсии на втором этапе произведена эксцизио атипической зоны трансформации 69 (65,7%), конизация 36 (34,3%) на аппарате радиоволновой хирургии «Фотек Е81М».

Заключение

Все женщины с различной патологией по результатам кольпоскопии, ПАП-теста и гистологического исследования были взяты под наблюдение после проведенной терапии соответствующей патологии. Составлен алгоритм дальнейшего наблюдения, который предполагает проведение повторной кольпоскопии и цитологического скрининга таких пациенток через 2, 6 и 12 месяцев. Внедрение в практику множественной биопсии у женщин с диспластическими изменениями многослойного плоского эпителия шейки матки повысит диагностическую информативность и приведет к снижению числа рецидивов.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Андреева М.В., Захарова К.И.

г. Волгоград
ГУЗ «Клинический роддом №2»

Актуальность

Заболеваемость женщин цервикальной интраэпителиальной дисплазией (CIN) является одной из самых актуальных проблем во всем мире и требует большого внимания. Это связано с тем, что дисплазии различной степени оставляют свой след на репродуктивной системе. Но главная проблема в другом: CIN могут привести к озлакачествлению.

Цель

Определить частоту встречаемости CIN I-III, а также оценить методы диагностики и лечения.

Материалы и методы

Проведено комплексно-лабораторное исследование и анализ гинекологического статуса пациенток с CIN I-III в возрасте от 18 до 35 лет за 2019-2020гг на базе женской консультации крупного промышленного города.Проанализированы причины развития CIN I-III.Для выявления патологии проводились расширенная кольпоскопия,брались мазки на онкоцитологию с экзо- и эндоцервикса,при необходимости–на жидкостную цитологию.В обязательном порядке сдавались мазки на микроскопию.Для диагностики ВПЧ назначалось обследование на наличие ИППП,а также ПЦР на не менее 12 типов ВПЧ с вирусной нагрузкой.

На учете в женской консультации состоит 3546 пациенток.Из них кольпоскопия была проведена 1915(54%) женщинам, обратившихся в женскую консультацию с жалобами на патологические выделения из половых путей за период 2019-2020гг.Патология шейки матки была обнаружена у 153 пациенток,что составило 8% от общего количества женщин обратившихся за 2019-2020гг.Все пациентки были разделены на 3 группы в зависимости от степени выраженности CIN.

Результат

Первая группа состояла из 1551(81%) пациенток с CIN I.Этим женщинам регулярно проводили пробу Шиллера, при которой влагалищная часть шейки матки окрашивается йодным раствором. При проведении кольпоскопии, во всех случаях были аномальные кольпоскопические картины. По показаниям проводилась прицельная биопсия. Хирургическое

лечение женщинам с CIN I не проводилось. Количество пациенток с CIN II составило 13% (249 человек). «Золотое» правило диагностики CIN–гистологическое исследование. С этой целью проводили PAP-тест и при положительном результате осуществляли биопсию участка поражения. В качестве лечения применялась лазерная коагуляция очагов поражения, в тяжелых случаях проводилась конизация шейки матки в условиях онкологического диспансера. CIN III наблюдалась в третьей группе обследования, состоящей из 115 пациенток (6%). При проведении ПЦР диагностики ВПЧ был обнаружен у всех этих женщин. Лечение состояло в использовании радиоволнового метода терапии в условиях онкологического диспансера. После обнаружения ВПЧ назначалась противовирусная терапия независимо от вида хирургического вмешательства. В каждом случае лечение патологии шейки матки проводилось совместно с заболеваниями, способствующими ее возникновению. При воспалительной этиологии выяснялся характер возбудителя и проводился курс лечения согласно показаниям.

Заключение

Проведенный нами анализ распространенности CIN показал, что данная патология встречается достаточно часто. При регулярном осмотре патологию шейки матки можно выявить на этапе цервицита, который поддается лечению лучше, чем CIN и не требует хирургического вмешательства, которое может привести к невынашиванию беременности в будущем. Следует проводить первичное обследование минимум за 3 месяца до предполагаемого зачатия, углубленное обследование и лечебные процедуры при необходимости.

Данная работа посвящена выявлению распространенности CIN I-III среди женщин в возрасте от 18 до 35 лет за 2019-2020гг на базе женской консультации крупного промышленного города. На учете в женской консультации состоит 3546 пациенток. Из них, кольпоскопия была проведена 1915 женщинам (54%). CIN различной степени тяжести обнаружена у 10% женщин от числа обратившихся. Представлены методы диагностики и лечения данного контингента больных.

This work is devoted to the identification of the prevalence of CIN I-III among women aged 18 to 35 years for 2019-2020.On the basis of women's consultation of a large industrial city. Registered in the female consultation, the total consistent is 3546 patients. Of these, colposcopy was held 1915 women (54%). CIN various severity detected in 10% of women from the number of all those who applied.The methods of diagnosis and treatment of this contingent of patients are presented.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Андреева М.В., Неклюдова А.В.

г. Волгоград
Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность

На протяжении последних лет медико-демографическая ситуация в России остается тяжелой. Операция кесарево сечение (КС) позволяет сохранить здоровье матери и ребенка. Известно, что оперативное родоразрешение не является физиологическим для женского организма, оно оказывает глубокое повреждающее влияние на здоровье женщины, снижая качество ее жизни.

Цель

Изучить качество жизни (КЖ) родильниц после кесарево сечения.

Материалы и методы

Обследованы 50 родильниц после КС на базе родовспомогательного учреждения Волгоградско-Волжского региона.

Результат

При изучении возрастного состава обследованных было выявлено, что большинство женщин были старше 30 лет (55%). Показатели акушерско-гинекологического анамнеза свидетельствовали, что у пациенток на 1-м месте была экстрагенитальная патология (88%), на 2-м – гинекологические заболевания (65%), на 3-м – искусственные аборты (28%). Течение беременности у пациенток осложнилось анемией (47%), угрозой преждевременных родов (35%). Показанием для КС чаще всего стал несостоятельный рубец на матке после одной/нескольких операций кесарево сечение (45%).

Проведена оценка показателей, отражающих КЖ родильниц через 3 месяца после оперативного родоразрешения. Были оценены 5 основных категорий КЖ. Оптимальным считается КЖ при показателях близких к нулю. Физическая активность оценивалась по следующим параметрам: степень усталости, вялости; снижение физической силы. Результаты исследования свидетельствуют, что физическая активность у родильниц после операции КС была снижена и составила 4,11 балла.

Психическое состояние оценивалось по таким параметрам, как ощущение подавленности, депрессивного состояния, ослабление памяти. Выявлено, что психическое состояние родильниц можно считать ближе к неудовлетворительному – 3,60 балла.

Социальное функционирование оценивалось по следующим параметрам: изменения во взаимоотношениях с родственниками; нетерпимость по отношению к другим людям. Результаты обследования показали, что у родильниц социальное функционирование было относительно благоприятным и составило 2,00 балла.

Оценка ролевого функционирования включала следующие аспекты: быстрая утомляемость после ведения повседневного обычного хозяйства; изменения в отношениях с членами семьи. В целом у пациенток данная категория оценивалась как неблагоприятная – 3,53 балла.

Сексуальное функционирование оценивалась по следующим критериям: изменения в сексуальном желании; чувство дискомфорта при половом акте. Сексуальное функционирование было неудовлетворительное и составило 3,59 балла.

Общая самооценка пациентками состояния своего здоровья основывалась на собственном анализе следующих параметров: проблемы со сном; изменения функции мочеиспускания; боли в нижней части спины, живота; жалобы со стороны других систем. В целом у родильниц показатель общей самооценки состояния здоровья составил 3,45 балла и расценивался как неблагоприятный.

Заключение

Таким образом, учитывая выявленные нами нарушения качества жизни родильниц после операции КС, необходимо разработать новые методы профилактики осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Нами обследовано 50 родильниц после операции кесарево сечение. Исследование выявило ухудшение их качества жизни. Следовательно, разработка новых методов профилактики, направленных на улучшения качества жизни женщин после оперативного родоразрешения, является актуальной на сегодняшний день.

We examined 50 women after cesarean section. The study revealed a deterioration in their quality of life. Consequently, the development of new methods of prevention, improving the quality of life of women after operative delivery is relevant today.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН С «ТОНКИМ» ЭНДОМЕТРИЕМ

Аполихина И.А., Эфендиева З.Н.

г. Москва
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России
ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Актуальность

Маточный фактор бесплодия является одной из нерешенных проблем репродуктивной медицины в настоящее время. Отсутствие условий для имплантации эмбриона у пациенток с недостаточной толщиной эндометрия приводит к репродуктивным неудачам и отменам программ ВРТ. Одним из основных факторов, негативно влияющих на толщину и рецептивность эндометрия, является нарушение гемодинамики в маточных сосудах. В литературе представлены данные о четкой корреляционной связи между толщиной эндометрия и показателями маточного кровотока.

Цель

В работе проведена оценка эффективности применения аутологичной плазмы, обогащенной тромбоцитами (Platelet Rich Plasma, PRP), в комплексной подготовке пациенток с рефрактерным «тонким» эндометрием к программам вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Материалы и методы

В исследование включены 68 пациенток репродуктивного возраста с «тонким» эндометрием, неудачами имплантации и отменой программ переноса эмбрионов в анамнезе. Пациенткам из основной группы (n=38) на первом этапе был проведен курс физиотерапии (электроимпульсная терапия), начиная с 5-7го дня цикла в течение 10 дней, а в следующем менструальном цикле было проведено инъекционное введение 35-40 мл аутологичной PRP в эндометрий во время гистероскопии с помощью эндоскопической иглы. Пациентки из контрольной группы (n=30) получали только курс физиотерапии. Проводили оценку показателей толщины эндометрия и маточной гемодинамики в период предполагаемого «окна имплантации» до и после лечения с учетом последействия физиотерапии.

Результат

При проведении контрольного УЗИ было отмечено статистически значимое увеличение толщины эндометрия в период «окна имплантации» ($p<0,001$) у пациенток основной

группы (с 5,5 (4;7) мм до 8 (7;9) мм) по сравнению с контрольной (с 6 (5;7) мм до 7 (7;8) мм), что сопровождалось улучшением параметров маточной гемодинамики по данным допплерометрического исследования. Не было отмечено ни одного случая развития нежелательных и аллергических реакций, инфекционных осложнений после проведенных вмешательств.

Заключение

В работе продемонстрирована эффективность нового подхода к комплексной терапии женщин с бесплодием, обусловленным рефрактерным «тонким» эндометрием, и снижением показателей маточной гемодинамики.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СОПОСТАВЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Аттоева Д.И., Асатурова А.В., Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Стародубцева Н.Л., Шешко П.Л., Алиева Л.Э.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Цитологическое исследование являются неотъемлемой частью цервикального скрининга. Корреляция результатов цитологического и гистологического методов исследования отражает частоту случаев гипо- и гипердиагностики патологий эпителия шейки матки.

Цель

Проведение ретроспективного сравнительного анализа результатов цитологического и гистологического исследований у женщин с патологией шейки матки, ассоциированной с вирусом папилломы человека.

Материалы и методы

Клинические, цитологическое исследование, кольпоскопия, прицельная биопсия шейки матки, гистологическое исследование биопсийного материала.

Результат

Сопоставлено 415 парных цитологических заключений и результатов гистологического исследования ВПЧ-позитивных пациенток в возрасте 19 – 45 лет (средний возраст 30±11). В соответствии с оценочными критериями «Коллегии американских патологов и Комитета клинической практики Американского общества цитопатологии» (College of American Pathologists' Gynecologic Cytopathology Quality Consensus Conference Working Group 4 and the Clinical Practice Committee of American Society of Cytopathology) (ASC), сформировано 3 группы: 1 группа – NILM, хронический цервицит (n=151); 2 – группа LSIL (n=207); 3 – группа HSIL (n=57). Цитологическое и гистологическое соответствие в целом было достигнуто у 194 (46,74%) пациенток. Общее число незначительного несоответствия составило 192(46%), значительного несоответствия – 29 (6,9%) пациенток.

В 1-ой группе при сопоставлении образцов цитологии «NILM, хронический цервицит» и результатов гистологического исследования, соответствие составило 96 (23,13%) (NILM, цервицит/NILM, цервицит); незначительное несоответствие – 35 (8,43%) (NILM, цервицит/LSIL); значительное несоответствие – 20 (4,8%) (NILM, цервицит/HSIL).

Во 2-ой группе при сопоставлении образцов с цитологическим заключением «LSIL» и результатов гистологического исследования, соответствие составило – 59 (14,21%) (LSIL/LSIL); незначительное несоответствие – 86 (20,7%) (LSIL/NILM, хр.цервицит); незначительное несоответствие – 62 (14,93%) (LSIL/CINII-III).

В 3-ей группе сопоставления образцов с цитологическим заключением «HSIL» и результатов гистологического исследования, соответствие составило – 39 (9,39%) (HSIL/HSIL); незначительное несоответствие – 9 (2,1%) (HSIL/LSIL); значительное несоответствие – 9 (2,1%) (HSIL/хр.цервицит).

Заключение

Ретроспективный сравнительный анализ результатов исследования цитологического и гистологического методов показал, что во всех группах имели место случаи незначительного/значительного несоответствия морфологических заключений. Общее число значительного несоответствия цитологического и гистологического заключений составило 29 (6,9%) пациенток. в группе «NILM, хр.цервицит – «HSIL» обнаружено в 4,8% случаев и 2,1% случаев в группе «HSIL» был установлен гистологический диагноз «хронический цервицит».

Краткое резюме

Проведен ретроспективный сравнительный анализ результатов цитологического и гистологического исследований у женщин с патологией шейки матки, ассоциированной с вирусом папилломы человека, в соответствии с оценочными критериями ASC. Общее число значительного несоответствия цитологического и гистологического заключений составило 29 (6,9%) пациенток. В группе «NILM, хр.цервицит

– «HSIL» обнаружено в 4,8% случаев и 2,1% случаев в группе «HSIL» был установлен гистологический диагноз «хронический цервицит».

Работа выполнена по теме государственного задания «Разработка и внедрение протоколов с учетом новых технологий в ранней и дифференциальной диагностике, прогнозирования риска развития ВПЧ-ассоциированных предраковых и онкологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста».

Cytological examination is an integral part of cervical screening. The correlation of the results of cytological and histological methods investigation reflects the frequency of cases for hypo-and overdiagnosis of pathologies the cervical epithelium.

Brief summary: A retrospective comparative analysis of the results cytological and histological studies in women with cervical pathology associated with the human papillomavirus was performed in accordance with the ASC evaluation criteria. The total number of significant discrepancies between cytological and histological findings was 29 (6.9%) patients. In the «NILM «group – «HSIL «was detected in 4.8% of cases and in the «HSIL «group a histological diagnosis of «chronic cervicitis» was established 2.1% of cases.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С КОНТРАСТИРОВАНИЕМ В АЛГОРИТМАХ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК С ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бикеев Ю.В., Сенча А.Н., Родионов В.В., Гайлищ Ю.П.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

В настоящее время остается актуальной проблема поиска диагностических технологий, которые позволят повысить точность дифференциальной диагностики опухолевой патологии молочной железы (МЖ) и снизить количество неоправданных биопсий.

Цель

Уточнить роль и место ультразвукового исследования с контрастированием (КУУЗИ) в диагностических алгоритмах обследования женщин с новообразованиями МЖ.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов комплексного ультразвукового исследования МЖ, в т.ч. КУУЗИ 145 пациенток с узловыми образованиями (УО) МЖ (82 пациентки с диагнозом рак молочной железы (РМЖ) и 63 пациентки с доброкачественными УО МЖ в возрасте 17-74 лет (средний возраст составил 45,8 лет). На первом этапе всем пациенткам проводилось мультипараметрическое УЗИ МЖ с применением допплеровских методик, соноэластографии. На втором этапе проводилось КУУЗИ на сканерах DC-8, Resona-7 (Mindray, Китай) с использованием линейных мультичастотных датчиков (7,5–15,0 МГц), с использованием режима «Contrast» с низким механическим индексом (МИ<0,10). Проводилась качественная и количественная оценка данных в УО и перитуморальнй паренхиме. В качестве ЭКП использовался гексафторид серы, который вводился болюсно в кубитальную вену в объеме 2,4 мл.

Результат

После проведенного анализа качественно-количественной модели КУУЗИ чувствительность составила 96,3%, специфичность- 92,1%. Использование этой методики в диагностических комплексах достоверно повысило чувствительность ультразвукового исследования в В-режиме с 78,7 до 96,3%, специфичность – с 76,2 до 92,1%, точность мультипараметрического УЗИ увеличивалась с 80,6% до 94,2% ($p<0,05$).

Применение КУУЗИ у пациенток с УО МЖ категории BI-RADS 3 с высокой вероятностью позволяет изменять категорию BI-RADS до категории 2 и избегать выполнение тонкоигольной аспирационной или core-биопсии с целью верификации процесса, при этом пациентке рекомендуется контрольное (динамическое) наблюдение через 6-12 мес. В случае определения признаков злокачественного процесса на базе признаков качественного и количественного анализа КУУЗИ категория BI-RADS повышается до категории 4 (BI-RADS 4), что требует обязательной верификации процесса. Включение КУУЗИ в алгоритм обследования при категории BI-RADS 4b, c, 5 позволяет получить дополнительные данные об особенностях перфузии, строения и размеров УО (распространенность опухолевого процесса), соответственно помогает хирургам точнее прогнозировать объем хирургического вмешательства или даже корректировать схему лечения, т.к. от точности измерения опухолевого образования зависит стадия РМЖ. Проведение КУУЗИ у пациенток с УО категории BI-RADS 6 также выявило целесообразность как в предоперационном периоде в планировании объема хирургического вмешательства, так и у пациенток в процессе неоадъювантного лекарственного лечения до проведения хирургического этапа для оценки эффективности проводимой терапии (изменение размеров УО, оценка перфузии в УО и перитуморальных тканях).

Заключение

Методика КУУЗИ продемонстрировала высокие диагностические возможности при проведении дифференциальной диагностики новообразований МЖ, а ее применение в алгоритмах маммологических пациентов повысило точность ультразвукового метода.

ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПО СОДЕРЖАНИЮ CD68+ КЛЕТОК В ПЛАЦЕНТЕ

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

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме

При изучении CD68+ клеток в ворсинах плаценты была выявлена корреляционная зависимость между увеличением их содержания и тяжестью преэклампсии. Полученные результаты могут свидетельствовать о потенциальной роли плаценты, как фактора активации клеток моноцитарно-макрофагального ряда при данном патологическом состоянии.

Abstract. When studying CD68+ cells in placental villi, a correlation was found between an increase in their content and the severity of preeclampsia. The results obtained may indicate the potential role of the placenta as a factor in the activation of cells of the monocytic-macrophage series in this pathological condition.

Актуальность

Преэклампсия является одним из ведущих осложнений беременности. Дисфункциональный иммунный ответ в организме матери при преэклампсии проявляется измененной функциональной активностью моноцитарно-макрофагальной системы, которая считается наиболее важной единицей врожденного иммунитета. Повышение продукции провоспалительных факторов плацентой усиливает актививацию клеток моноцитарно-макрофагального ряда, что может выступать в качестве дополнительного триггера в развитии системного воспалительного ответа. Кроме того, немногочисленные данные свидетельствуют о том, что моноциты и макрофаги являются причиной разрушения клеток трофобласта, в связи с чем, целью исследования явилось изучение их содержания в ворсинах плацент при преэклампсии и физиологической беременности.

Цель

Выявить корреляционную зависимость между увеличением содержания CD68+ клеток в ворсинах плацент и тяжестью преэклампсии.

Материал и методы

В исследование было включено 52 пациентки, которые были разделены на 2 группы: основную с преэклампсией (n=26) и сравнения с физиологической беременностью (n=26).

Основная группа была разделена на две подгруппы с учетом тяжести преэклампсии: умеренная (n=12) и тяжелая (n=14). Было изучено содержание CD68+ клеток внутри ворсин плаценты. Исследование проводилось с помощью иммуногистохимии, которая была подтверждена методом вестерн-блот. Расчет проводили по 10 полям зрения с каждого среза. Рассчитывали содержание CD68+ клеток в ворсинах плаценты в % от общего количества клеток ворсин с использованием программы ImageJ (USA).

Результаты. Было установлено, что содержание клеток CD68+ внутри ворсин плаценты статистически значимо выше в группах умеренной 7,5% (5,6;8,3) и тяжелой 9,1% (6,5;10,8) преэклампсии относительно группы сравнения 5,1% (2,5;5,3) ($p<0,001$). Относительный уровень экспрессии белка CD68 в группе с преэклампсией был статистически значимо выше относительно группы сравнения и составил 57,2±11,9 и 42,5±7,4 отн. ед. по группам соответственно ($p<0,01$).

Выводы

При изучении CD68+ клеток в ворсинах плаценты была выявлена корреляционная зависимость между увеличением их содержания и тяжестью преэклампсии. Полученные результаты могут свидетельствовать о потенциальной роли плаценты, как фактора активации клеток моноцитарно-макрофагального ряда при данном патологическом состоянии.

ОСОБЕННОСТИ ТРАНСКРИПТОМНОГО ПРОФИЛЯ ГЕНОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Бурменская О.В., Байрамова Г.Р., Добровольская Д.А., Андреев А.О., Амирханян А.С.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

В настоящее время цервициты занимают лидирующие позиции в структуре патологии шейки матки среди женщин репродуктивного возраста. В половине случаев отмечается затяжное рецидивирующее их течение с развитием хронических цервицитов (ХЦ). Вместе с тем, по данным ряда авторов, среди патологии шейки матки цервициты, ассоциированные с папилломавирусной инфекцией (ПВИ) встречаются в 15-40% случаев. Известно, что ПВИ обладает низкой иммуногенностью и не вызывает развития воспали-

тельной реакции. Воспалительные процессы нижнего отдела половых путей женщины сопровождаются изменениями иммунологических показателей. Рядом авторов показано, что применение интегрального критерия оценки транскрипционного профиля генов иммунной системы, таких как IL18, CD45, TGFB1, IL12A, TNF, TLR4, GATA3, IL8, IL1B, IL10.

Цель

Определить особенности транскрипционного (мРНК) профиля функциональных генов человека, регулирующих пролиферацию и клеточный цикл (KI67, CCND1, CDKN2A/P16), апоптоз (BCL2), рецепторный аппарат клеток (PGR, EGFR), генов иммунной системы (IFNAR1, TNFα, IL1b, TLR4, CD68, CXCL5, CXCL10 CXCL13, матриксных металлопротеиназ (MMP8, MMP9) и иммунорегуляторов (TGFB1, IL1RN, IL10, IL18, GATA3) при хроническом цервиците, ассоциированном с ВПЧ.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе научно-поликлинического отделения ФГБУ “НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова” Минздрава России. В исследование были включены 202 пациентки, средний возраст которых – 31,8 ± 5,8 лет. Пациенты были разделены на группы: 1 группа пациентов – 108 женщин с ХЦ – 1а подгруппа – 52 женщины с ВПЧ-позитивным тестом, 1б подгруппа – 56 женщин с ВПЧ-негативным тестом; 2 группа – 94 женщины без признаков ХЦ – 2а подгруппа – 44 женщины с ВПЧ-позитивным тестом, 2б подгруппа – 50 женщин с ВПЧ-негативным тестом (контрольная группа). Всем пациенткам проводилось клиническое обследование, цитологическое исследование, ВПЧ тестирование (21 тип) и расширенная кольпоскопия, проведена микроскопия вагинальных мазков и исследование микробиоценоза влагалища методом ПЦР в режиме реального времени.

Результат

По результатам исследования распространенность ВПЧ-ассоциированный ХЦ в структуре патологии шейки матки составила 25,7% женщин репродуктивного возраста (по обращаемости). У большинства пациенток (73,1%) диагноз ХЦ подтвержден данными жидкостной цитологии. ХЦ был получен в 61,5% случаях в 1а подгруппе и в 69,6% случаях в 1б подгруппе. У пациенток 2а и 2б контрольной подгруппы во всех 100% случаях получено цитологическое заключение NILM. Наиболее часто в 1а подгруппе с ХЦ были выявлены ВПЧ 16, 33, 35, 66, 18, 31, 52, 68, 53, 45 39, 44 (55) и 58 типы. Остальные генотипы ВПЧ – 11, 56, 6 и 73 встречались в менее 5,0% случаев. Хронический цервицит в отсутствии ПВИ сопровождается повышением уровня экспрессии мРНК генов иммунитета IFNAR1, IL1B, IL10, TNFA, TLR4, CD68, TGFB1 и провоспалительной матриксной металлопротеиназы 9 (MMP9) от 1,5 до 2,9 раз (p=0,03). В данной подгруппе (1б) уровень экспрессии IL10 также повышен, что связано с формирование компенсаторных механизмов регуляции чрезмерного провоспалительного ответа.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте выявления ВПЧ-ассоциированного ХЦ, который встречается у каждой четвертой пациентки. Повышение уровня экспрессии мРНК генов IFNAR1, IL1B, IL10, TNFA, TLR4, CD68, TGFB1 и MMP9 в три раза может рассматриваться в качестве фактора, сопровождающего воспалительный процесс.

The results of the study reveal a high frequency of detection of HPV-associated chronic cervicitis, which occurs in every fourth patient. A threefold increase in the level of mRNA expression of the IFNAR1, IL1B, IL10, TNFA, TLR4, CD68, TGFB1, and MMP9 genes can be considered as a factor accompanying the inflammatory process.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИН D ПРИ СОЧЕТАНИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

Валикова О.В., Здор В.В.

г. Владивосток
ГБУЗ ККБ №2

Актуальность

При сочетании синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) известный при обеих патологиях дефицит витамина D может приобретать более значимые для фертильности пациенток формы.

Цель

Дифференцированная оценка тяжести дефицита витамина D при СПКЯ в зависимости от наличия сопутствующей аутоиммунной патологии щитовидной железы и / или ожирения.

Материалы и методы

Обследованы 150 женщин в возрасте от 19 до 32 лет (средний возраст составил 25,5 ± 3,1 года): с СПКЯ – 120 пациенток, контрольная группа – 30 здоровых женщин сопоставимых по полу, возрасту, с нормальными значениями 25 гидроксивитамина D, ТТГ и антител к ТПО (анти-ТПО). Пациентки с СПКЯ были разделены на четыре группы в зависимости от наличия / отсутствия у них избыточной массы тела и АИТ. I-ая группа – женщины с СПКЯ, нормальным ИМТ (22,20 ± 1,01кг/см2, ρI > 0,05) и АИТ, II группа – пациентки с СПКЯ, нормальной массой тела (ИМТ = 24,03 ± 0,31кг/см2 ρ II > 0,05), без тиреоидита; III группа – женщины с избыточной массой тела (ИМТ = 35,15 ± 2,13 кг/см2, ρ III< 0,01)

и АИТ, IV группа женщины с СПКЯ, с избыточной массой тела (ИМТ 36,15 ± 2,29 кг/см2, ρIV < 0,01), но без АИТ. В исследовании использовались современные методы ИФА с иммунохемилюминисцентной и электрохемилюминисцентной детекцией. Методом ELISA определяли витамин D, половые и тиреоидные гормоны, ТТГ (иммуноанализ на микрочастицах), антитела к тиреоидной пероксидазе (иммунотест фирмы “Roche diagnostics”, Швейцария).

Результат

В I группе уровень витамина D находился в пределах 21,73 ± 1,15 нг/мл (ρI < 0,01), анти-ТПО составили 254,28 ± 50,85 Ед/мл (ρI<0,01), ТТГ – 5,93 ± 2,42 мМЕ/л (ρI<0,01). Во II группе витамин D составил 25,03 ± 1,71 нг/мл (ρII < 0,01), анти-ТРО: 21,075 ± 4,51 ед/мл (ρ II > 0,02); ТТГ = 2,74 ± 1,36 мМЕ/л (ρ II> 0,05). В III-й группе витамин D в крови составил 25,93 ± 1,82 нг/мл (ρIII < 0,01), анти-ТРО = 304,95 ± 45,36 Ед/мл (ρIII < 0,01), ТТГ= 6,28 ± 2,45 мМЕ/л (ρIII < 0,03). В IV-й группе витамин D был наименее снижен – 26,75 ± 1,14 нг/мл (ρIII < 0,03), анти-ТРО в норме – 22,05 ± 5,44 Ед/мл (ρIV > 0,05), ТТГ – 3,20 ± 1,03 мМЕ/л (ρIII > 0,05). В группе контроля: ИМТ 22,75 ± 1,25 кг/см2, витамин D = 35,15 ± 2,36 нг/мл, анти-ТРО = 24,65 ± 2,46 ед/мл, ТТГ 2,36 ± 0,85 мМЕ/л. У пациенток с СПКЯ во всех группах был выявлен значимый дефицит витамина D, в том числе выраженный дефицит: в I группе – у 17,5% пациенток, во II группе у 2,5%, в III группе – у 10%, в IV группе – у 12,5%. Дефицит витамина D в I группе у 37,5%, во II группе у 25%, III группе у 30%; в IV группе – 22,5%. В группе контроля: с недостаточностью витамина D было 32,5% женщин, у остальных обследованных женщин дефицита витамина D не было зафиксировано.

Заключение

На основании полученных данных подтверждена важная роль витамина D в патогенезе синдрома поликистозных яичников в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом. Данная медицинская проблема требует дальнейшего изучения для разработки индивидуальных терапевтических схем компенсации дефицита витамина D, выявления ранних диагностических маркеров дальнейшего прогрессирования гиповитаминоза у женщин с данной сочетанной патологией.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА МЕРТВОРОЖДЕНИЯ ПО СРОКАМ ГЕСТАЦИИ

Волков В.Г., Кастор М.В.

г. Тула
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», медицинский институт

Актуальность

Благодаря устоявшейся практике маршрутизации беременных группы риска, мертворождаемость в РФ в 2019 г. снизилась до 5,5‰ и закономерно до 51% возросла доля мертворождений (МР) в стационарах III уровня, до 93% – доля антенатальной гибели плода. В разных странах и регионах преобладают специфические факторы риска МР, значимость которых зависит в том числе от срока беременности, например, до 20% МР относят к непредотвратимым из-за морфофункциональной незрелости плода.

Цель

Изучить специфику МР на разных гестационных сроках, определить соответствующие факторы риска.

Материалы и методы

Ретроспективно исследовано 122 случая МР в родовспомогательных учреждениях Тульской области III уровня (2016–2019 гг.): 1 группа – очень раннее МР, на сроке 23-27 нед. (n=36); 2 группа – раннее МР, 28-34 нед. (n=44); 3 группа – позднее МР, 35-39 нед. (n=42). Для показателей с $p<0,05$ (по критерию «хи-квадрат») вычислялось отношение шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Результат

Факторы высокого риска очень раннего МР (1 группа по сравнению с 3-й): возраст старше 28 лет (97%; ОШ 39,6; 95% ДИ 4,8–325,4), искусственные аборты (50%; 2,6; 1,0–6,6) и выкидыши (28%; 3,7; 1,1–12,9) в анамнезе, в том числе аборт/выкидыш на сроке до 8 нед. (44%; 7,6; 2,2–25,8), воспалительные заболевания органов малого таза (47%; 2,9; 1,1–7,6), Herpes simplex virus I/II (81%; 2,8; 1,0–7,9), госпитализация из-за угрозы прерывания на раннем сроке (80%; 3,1; 1,1–8,7), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (36%; 3,4; 1,1–10,1), низкий индекс массы тела – микросоматический тип телосложения (28%; 15,9; 1,9–128,7).

Факторы риска раннего МР (2 группа по сравнений с 3-й): сельское местожительство (41%; 2,9; 1,1–7,8), отсутствие зарегистрированного брака (64%; 2,3; 1,0–5,5), несвоевременное выявление ИППП (64%; 3,2; 1,3–7,7), серонегативный статус к краснухе (65%; 1,9; 1,0–4,7), нейроциркуляторные нарушения (34%; 10,3; 2,2–48,2), преэклампсия (21%; 5,1; 1,0–25,3).

Факторы риска позднего МР (3 группа по сравнению с 1-й и 2-й): возраст до 28 лет (52%; 4,4; 1,9–10,0), непосещение женской консультации или постановка на учет после 20 нед. (24%; 2,8; 1,1–7,8), заболевания щитовидной железы (19%; 6,0; 1,5–24,1), избыточный вес (74%; 2,4; 1,1–5,4), отеки беременных (31%; 2,8; 1,2–7,0), врожденные пороки развития плода (12%; 10,7; 1,2–94,6), внутриутробная гипоксия (52%; 1,9; 1,0–4,1).

Не отмечено значимых межгрупповых различий в частоте следующих состояний: сахарный диабет, в том числе гестационный (24% женщин в выборке); хроническая артериаль-

ная гипертензия (25%); инфекционные поражения плаценты (9%); плацентарная недостаточность (50%) и задержка роста плода (33%) при настоящей беременности.

Заключение

В 1 группе наименьшее количество управляемых факторов риска, типичен осложненный акушерско-гинекологический анамнез, пациентки с ранних сроков находились под наблюдением, диагностировалась угроза прерывания, но гибель плода предотвратить не удалось. Для 2 группы характерно несвоевременное выявление акушерской и экстрагенитальной патологии, более позднее начало наблюдения вследствие определенных социально-бытовых условий. В 3 группе имелся наибольший потенциал для сохранения беременности, были необходимы коррекция эндокринных нарушений и ожирения, контроль за состоянием плода со стороны матери, своевременная госпитализация. Таким образом, имеют место разные патогенетические варианты антенатальной гибели плода в зависимости от срока беременности, что следует учитывать при отнесении пациенток к соответствующей группе риска.

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Воронин С.В., Воронина В.Г., Ибрагимова Е.М., Курлеева Т.Ю., Горелик Н.В.

г. Владивосток
ГАУЗ «ККЦ СВМП», Министерство здравоохранения Приморского края, КГБУЗ «ПКПЦ»

Актуальность

Врожденные пороки развития и наследственные заболевания (ВПР и НЗ) являются одной из основных причин младенческой смертности и инвалидности. Они снижают качество жизни и часто являются обременительными для семей. Лечение их является высокотехнологическим и зачастую крайне дорогостоящие. В связи с этим актуальным является профилактика ВПР и НЗ.

Цель

Целями работы являлись оценка существующей системе профилактики ВПР И НЗ в Приморском крае и определение направление развития повышения ее эффективности.

Материалы и методы

Для оценки были использованы данные аналитических отчетов координаторов пренатального скрининга 32 ЛПУ Приморского края, в том числе 9 окружеых кабинетов прена-

тальной диагностики, данные мониторинга ВПР и НЗ на территории Приморского края за период 2018-2020 гг.

Результат

Было установлено, что использование многих подходов к организации пренатальной диагностики показывающих высокую эффективность в центральных регионах не удается использовать в условиях Дальнего Востока. Например, ни в одном из ЛПУ не удалось достичь рекомендованной нагрузки на врача УЗД проводящего исследования в 1-м триметстре беременности, в среднем 25 врачей кабинетов пренатальнрой диагностики выполняли только 22% от рекомендуемой нагрузки, что было связано с низкой плотностью населения Приморского края и невозможностью прикрепления пациентов наблюдающихся в ЛПУ 1-го уровня к меньшему числу окружных кабинетов из-за значительных расстояний между ними. Также был установлен недостаточный уровень подготовки врачей УЗД приводящий к снижению эффективности 1-го комбинированного скрининга в 11-14 недель и соответственно к несвоевременной диагностики ВПР и НЗ. До 40% ВПР плода было установлено в сроке 30-34 недели, что позволило проводить родоразрешение в ЛПУ 3-го уровня вблизи учреждений сответствующего профиля по оказанию помощи новорожденному, но не позволило произвести прерывания беременности в случае тяжелых ВПР. Обращает на себя внимание желание некоторых беременных с выявленными тяжелыми ВПР плода на роды заведомо больным ребенком с целью получение материальной поддержки со стороны государства. В целом необходимо отметить высокий уровень организации пренатальной диагностики хромосомной патологии позволивший выявить за период 2017-2020 гг. более 140 плодов с хромосомными отклонениями. При этом, обращают на себя внимание случаи решения о пролонгирования беременности женщинами с выявленной трисомией 21 хромосомы. Не смотря неа прилагаемые усилия по прежнему сохраняется экстремально низкий уровень ИПД с целью диагностики моногенных заболеваний, профилактика которых является приоритетным направлением как в связи с тяжелыми клиническими проявлениями многих заболеваний, так и значительной стоимостью лечение таких пациентов. При этом, финансовые средства вложенные в диагностику в сотни раз ниже стоимости лечения. Например, стоимость проведенной в 2020 году ИПД для диагностики спинальной амиотрофии 1 типа с учетом ДНК- диагностики составила менее 30 тыс. руб., в случае же рождения ребенка с этим заболеванием стоимость лечения за первые 10 лет жизни составила бы около 250 млн. руб.

Заключение

Пренатальная диагностика в настоящее время является одним из эффективных механизмов государства по снижению уровня заболеваемости, инвалидности и смертности населения, а также сижению уровня расходов на лечение орфанной патологии, требующая повышения уровня квалификации врачей УЗД и ответственности специалистов по формированию группы риска по рождению ребенка с наследственной патологией для проведения ИПД с ДНК-диганостикой моногенных заболеваний.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА У ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ COVID-19 В ПРАКТИКЕ ПРЕНАТАЛЬНОГО КОНСИЛИУМА ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Воронин С.В., Воронина В.Г., Курлеева Т.Ю., Ибрагимова Е.М., Горелик Н.В.

г. Владивосток
ГАУЗ «ККЦ СВМП», Министерство здравоохранения Приморского края, КГБУЗ «ПКПЦ»

Актуальность

COVID-19 поражающий все слои населения не мог не привести к заболеваниям у беременных. В методических указаниях зачастую имеются достаточно противоречивые рекомендации о тактике ведения беременных перенесших COVID-19, например, предлагались прерывание беременности в случае заболевания в средней и тяжелой форме в первом триместре, в случае отказа от прерывания проведение инвазивной пренатальной диагностики. Такая тактика является неоднозначной в связи с тем, что изменения со стороны хромосомного набора на этапе развития эмбриона и плода представляются маловероятными, в отличии от риска нарушения органогенеза под терратогенным воздействием вирусной инфекции.

Цель

Целью работы было оценка на клинических примерах возможный полиморфизм поражений органов и систем, вызванных вирусом.

Материалы и методы

За период второй половины 2020 – начала 2021 годов пренатальный консилиум был проведен более чем у 150 беременным с выявленными грубыми отклонениями в развитии плода не связанные с подтвержденными хромосомными или генными нарушением. Среди данной группы было 5 беременных, сообщивших о перенесенной COVID-19 инфекции, что составило 3,2% от всех беременных с пороками развития плода (ПРП).

Результат

В 2-х случаях заболевание было в сроке 15-16 недель с легким течением не потребовавшим значимой фармакотерапии, еще один случай заболевания был в 25-26 недель с тяжелым течением. Проведена антибиотикотерапия, противовирусное лечение, дексаметазон с постепенным снижением дозы. Беременная в настоящее время ожидает родоразрешения в акушерском сцационаре 3-го уровня вблизи федерального кардиохирургического центра. Во всех этих трех случаях анализ данных не показал заболевание

COVID-19 как этиологию ПРП. Также в одном из случаев обращения на пренатальный консилиум в связи с хромосомной патологией (47ХХУ) отмечалось заболевание легкого течения в сроке 3-4 недели, но каких-либо ПРП в сроках 13 и 19 недель беременности при проведении УЗИ выявлено не было.

В 2-х случаях у пациентов было среднетяжелое течение заболевания в 1-м триместре беременности. В первом случае пациентка Б. 30 лет. Соматические заболевания отрицает. Функция щитовидной железы без особенностей. Хроническая ЦМВ и ВПГ-инфеция, ремиссия. Наследственность не отягощена. терратогенные факторы в быту и на производстве отрицает. Беременность 3-я. Роды 2-е. 1-я медаборт без осложнений. 2-я срочные роды, ребенок здоров. Предгравидарная подготовка проводилась (прием препаратов: фолиевой кислоты 400 мкг/сутки 3 месяца до зачатия, препаратов йода 200 мкг, дотация витамина Д 2500 МЕ /сут). В сроке 9-10 недель перенесла covid-19, средней степени тяжести, проведена противовирусная терапия, местное лечение. УЗИ плода в сроке беременности 13 недель отклонений не выявило, риск хромосомной патологии низкий. УЗИ плода в сроке 19-20 недель. ПРП. Дефект слева верхней губы до 5 мм и верхней челюсти до 3 мм уходящий в левую ноздрю.

Второй случай заболевания COVID-19 в первом триместре. Пациент Р. 28 лет. Соматические заболевания: ДЖВП. Функция щитовидной железы без особенностей. Хроническая ЦМВ и ВПГ-инфекция, ремиссия. Наследственность не отягощена. терратогенные факторы в быту и на производстве отрицает. Беременность первая. Предгравидарная подготовка не проводилась. В сроке 3-4 недель перенесла COVID-19, средней степени тяжести, проведена антибиотикотерапия, противовирусная терапия, местное лечение. При проведении УЗИ плода в сроке 12-13 недель выявлен ПРП ЦНС экзенцефалия. Беременность прервана.

Заключение

Заболевание COVID-19 в первом триместре беременности является значимым возможным терратогенным фактором, приводящим к развитию врожденных пороков развития плода. Обращает на себя внимание более высокая частота заболевания среди беременных плодом с ВПР, чем среди всего населения данного возрастного периода (15-45 лет), что может отражать меньшую устойчивость организма беременной к развитию заболевания, но для полного понимания причин, распространенности и возможной степени воздействия вируса на плод необходимо проведение большого популяционного исследования.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Вылегжанина Ю.О., Уракова Н.А.

г. Ижевск
ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России

Актуальность

Всемирная организация здравоохранения официально признала эмоциональное выгорание клиническим синдромом и анонсирует его появление в МКБ-11 под кодом QD85. В период пандемии COVID-19 выросла нагрузка на врачей всех специальностей, в том числе акушеров-гинекологов, что отразилось на психоэмоциональном состоянии, отношении к работе и пациентам.

Цель

Оценить уровни эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессионализма врачей акушеров-гинекологов в период пандемии.

Материалы и методы

Проведено проспективное исследование уровней эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессионализма врачей акушеров-гинекологов из разных регионов России за первые 2 месяца 2021 года. Респонденты отвечали на опросник MBI (Maslach Burnout Inventory, Maslach&Jackson, 1986).

Результат

Опрошено 402 врача акушера-гинеколога из 20 городов, представляющих 18 регионов России. Исследуемая группа состояла из 361 женщины, 41 мужчины, в возрасте от 25 до 31 года было 39 опрошенных, 31-39 лет – 99 человек, 40-45 лет – 92 человека, 46-55 лет – 102 человека. Низкий уровень эмоционального истощения, которое проявляется в снижении эмоционального тонуса, утраты интереса и позитивных чувств к окружающим, выявлен у 144 опрошенных, средний уровень – у 147 врачей, высокий уровень – 111 человек. Эмоциональное истощение незначительно зависело от возраста и составило 19,43 баллов в группе 25-30 лет, 18,45 баллов в группе 31-39 лет, 20,14 баллов в группе 40-45 лет, 19,17 баллов в группе 46-55 лет, 18,51 баллов в группе 55 и более лет. Деперсонализация, проявляющаяся в эмоциональном отстранении и формальном выполнении профессиональных обязанностей, выявлена на низком уровне у 60 опрошенных, на среднем уровне – у 114 врачей, на высоком уровне – у 227 человек. Деперсонализация составила 12,18 баллов в группе 25-30 лет, 10,10 баллов в группе 31-39 лет, 12,81 баллов в группе 40-45 лет,

12,16 баллов в группе 46-55 лет, 10,29 баллов в группе 55 и более лет. Редукция профессиональных достижений, отражающая степень удовлетворенности доктора собой как личностью и как профессионалом, выявлена на низком уровне – у 113 врачей, на среднем уровне – у 137 опрошенных, на высоком уровне – у 151 человек. Редукция профессионализма составила 30,70 баллов в группе 25-30 лет, 33,76 баллов в группе 31-39 лет, 31,64 баллов в группе 40-45 лет, 32,43 баллов в группе 46-55 лет, 33,59 баллов в группе 55 и более лет.

Заключение

Выявлено, что работая в условиях пандемии, врачи акушеры-гинекологи на территории нашей страны находятся в группе высокого риска развития эмоционального и профессионального выгорания вне зависимости от пола и возраста. Полученные данные помогут врачам в поиске стратегии по управлению стрессом и профилактике выгорания.

РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ МИКОПЛАЗМ В ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПАТОЛОГИЙ

Гаджиева А.М., Эседова А.Э., Идрисова М.А., Уруджева Н.Г.

г. Махачкала
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов г. Махачкала, Россия

Актуальность

Микоплазмы относятся к классу Mollecutes, семейству Mycoplasmataceae, включающему 2 рода: Mycoplasma и Ureaplasma. Особенностью этих бактерий является способность паразитировать на мембранах эукариотической клетки. Несмотря на широкое распространение урогенитальных микоплазм, их истинное патогенетическое значение в развитии осложнений беременности не установлено. Есть веские основания (анализ иммуносерологических сдвигов, опыты на животных, тестирование на клеточных культурах) считать их болезнетворными, хотя до сих пор это делается с оговорками. Главное возражение – широкое распространение здорового носительства микоплазм. Специфическая диагностика генитальных микоплазм долгое время выполнялась трудоемким, малодоступным методом выделения чистой культуры. Новые возможности открывает молекулярная диагностика.

Цель

Изучение этиологического значения генитальных микоплазм в развитии неблагоприятных исходов беременности с использованием методов генодиагностики.

Материалы и методы

Методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) изучали частоту выявления генитальных микоплазм и других возбудителей инфекций, передающихся половым путем, в генитальных мазках 80 беременных женщин, наблюдавшихся в различных женских консультациях г. Махачкала. В генитальных мазках определяли ДНК Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum+parvum, Chlamydia trachomatis, Cytomegalovirus (CMV), Herpes simplex virus (HSV), Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Candida albicans. Оценку связи концентрации микоплазм с преждевременным прерыванием беременности провели методом ПЦР в реальном времени (ПЦР-РВ) реагентами «Фемофлор-16» в детекторе ДТ96 (НПО ДНК-технология, Москва). Способ позволяет определить состояние микробиоценоза влагалища – количественное и качественное содержание лактобактерий, анаэробных и других микроорганизмов, населяющих влагалищный биотоп. Исследовали соскобы клеток заднебокового свода влагалища у 29 женщин с преждевременным излитием оклоплодных вод и у 38 женщин с физиологически протекающей беременностью.

Результат

Изучение распространенности генитальных микоплазм у беременных женщин показало, что частота выявления U. urealyticum+parvum в генитальных мазках составляет 56,3%, причем возбудитель обнаруживается как в качестве моноинфекции – в 27,5% случаев, так и в сочетании с CMV, HSV, C. trachomatis, M. hominis, Candida albicans, Trichomonas vaginalis – 28,8%. Наличие M. hominis установлено у 7,5% беременных женщин. Зараженность образцов абортного материала при ранних спонтанных выкидышах микоплазмами подтверждает мнение о возможности миграции микоплазм из инфицированных половых путей в плодные оболочки и плод, и участии микоплазм в патогенезе невынашивания. Наиболее высокое число зараженных проб определено в эндометрии. Заселение эндометрия микоплазмами может способствовать трансмуральному пути передачи инфекции плоду, самопроизвольным выкидышам. В группе женщин с преждевременным излитием околоплодных вод Ureaplasma spp со значимым порогом □104 ГЭ была обнаружена в 7 случаях (24,1%), что в 4,6 раза чаще, чем в группе контроля – 2 (5,2%) случая (p<0,02). M. hominis определили у 1 женщины с физиологически протекающей беремен><0,02).

Заключение

Сопоставление результатов в группах показывает, что частота выявления генитальных микоплазм при нарушении репродуктивной была достоверно выше, чем при добровольных медицинских абортах и при физиологически протекающей беременности. Этот довод свидетельствует в пользу признания генитальных микоплазм в качестве этиологического фактора репродуктивных нарушений.

ЧЕТЫРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЛАКТОСТАЗА В ЦЕЛЯХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Геращенко Я.Л.

г. Санкт-Петербург
СПбГБУЗ ЖК №22

Актуальность

Для нормального развития младенца чрезвычайно важно грудное вскармливание (ГВ), исследования микробиома грудного молока показали, что определенные лактобатерии могут благоприятно влиять на латационную 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) 115 кормящих женщин, по факту обращения в период с декабря 2016 по декабрь 2020г. с жалобами на нарушение эвакуации молока, боль и дискомфорт, уплотнение ткани молочной железы.

Методы обследования: анамнестический, осмотр, пальпация, ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез (МЖ).

Результат

У всех обратившихся за медицинской помощью женщин было диагностировано нарушение лактации. Лактостаз у 98 (85,2%) женщин, лактационный мастит серозная форма у 14 (12,2%) женщин. Лактационный мастит гнойно-абсцедирующая форма у 4 (3,5%) 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 51(44,3%) женщины, у 25 (21,7%) выше 38оС, у 3 (2,6%) выше 40оС. Ультразвуковая картина локального отека ткани МЖ выявлена у всех пациенток. УЗ картина абсцесса МЖ у 4 (3,5%) женщин. Тактика лечения, в зависимости от клинической картины, включала в себя ручное сцеживание МЖ по Риордану – 115 (100%) женщин, локальную гипотермию после каждого кормления 15 минут у 80 (69,5%) женщин,

использование препарата «Траумель С» – местно 3 раза в день: у 82(71,3%) женщин, противовоспалительная терапия препаратом Ибупрофен в таблетках 200 мг 2 раза в день) применялась у 70 женщин (60,8%),спазмолитический препарат Дротаверин в таблетках 20 мг. за 15 минут до кормления применялся у 69 женщин (60%), раствор Окситоцина 5 МЕ\мл 2 капли интраназально за 15 минут до кормления у 21 женщины (18,2%), антибактериальная терапия (АБТ) (амоксициллин+клавулановая кислота в таблетках 625 мг. 2 раза в день) у 16 женщин (13,9%), лактобактерии Lactobacillus Fermentum LC40 222мг. по 1 капсуле перорально ежедневно у 47 женщин (40,9%), оперативное лечение в объеме вскрытие и дренирование абсцесса МЖ выполнено 4 женщинам (3,5%). В 6 случаях (5,2%) проведена лечебная аспирационная пункция. Лактацию и грудное вскармливание продолжили 110 (95,6%) женщина. Пять пациенток уже прекращали лактацию к моменту развития лактостаза. Излечение наступило в сроки: до 3х суток у 96 женщин (83%), от 4 до 8 дней у 16 женщин (14%). с 9 до 21 дня у 3х женщин (2,6%).

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. Важным элементом лечения является восстановление микробиома грудного молока. АБТ целесообразно применять при признаках выраженного воспаления в виде гипертермии выше 40оС, или клинических и УЗ признаках абсцедирования. При своевременном обращении и начале лечения возможно сохранение полноценной лактации, естественного грудного вскармливания.

ФАКТОРЫ РИСКА У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

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

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

Актуальность

Привычное невынашивание беременности продолжает оставаться одной из основных проблем акушерства, частота которого не имеет тенденции к снижению. Этиология дан-

ного осложнения чрезвычайно многообразна. Среди основных причин выделяют анатомические, генетические, эндокринные, инфекционные, иммунологические. Кроме того, выделяют профессиональные, социально-бытовые, медицинские факторы, приводящие к прерыванию беременности.

Цель

Выявление факторов риска прерывания беременности у женщин с привычным невынашиванием.

Материалы и методы

На базе Ивановского научно-исследовательского института Материнства и детства им.В.Н. Городкова было проведено анкетирование 179 женщин в сроке беременности 5-12 недель. В основную группу вошли 90 женщин с привычным невынашиванием, группу контроля составили 89 женщин без привычного невынашивания. Изучение медико-социальных особенностей беременных женщин проводили на основании добровольного информированного согласия методом анкетирования. Данная анкета содержала следующие разделы: характеристика социально-бытовых, профессиональных и материальных факторов, акушерско-гинекологический и соматический анамнез. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета стандартных прикладных программ.

Результат

Сравнительный анализ показал, что возраст женщин с привычным невынашиванием был выше данного показателя контрольной группы и составил 32,04±0,48 и 30,79±0,52 лет соответственно, однако достоверных различий выявлено не было ($p=0,08$). При оценке взаимоотношений в семье, женщины с привычным невынашиванием чаще отмечали конфликты на фоне материальных проблем и отсутствия взаимопонимания ($p<0,05$ в обоих случаях). Женщины обеих групп в одинаковой степени имели среднее образование (6,74 и 7,95%, $p>0,05$), высшее образование (74,16 и 69,32% ($p>0,05$). При оценке неблагоприятных профессиональных факторов в основной группе достоверно чаще отмечается частое нервно-психическое напряжение и тяжелая физическая работа ($p<0,05$ в обоих случаях). При оценке пищевого поведения женщины контрольной группы достоверно чаще характеризовались употреблением мяса 4-6 раз в неделю ($p=0,014$). При оценке акушерско-гинекологического анамнеза женщины с привычным невынашиванием достоверно чаще указывали на наличие инфекций, передающихся половым путем в анамнезе по сравнению с группой контроля (47,13 и 19,32%, $p=0,001$), при этом в основной группе чаще выявлялась уреаплазменная, микоплазменная и хламидийная инфекция ($p<0,05$ во всех случаях). Также у женщин основной группы чаще наблюдался острый и хронический эндометрит ($p<0,05$), наличие в анамнезе оперативного лечения на органах малого таза ($p=0,011$). При самооценке здоровья женщины контрольной группы достоверно чаще характеризовали свое здоровье как «отличное» (22,73 и 10,23%, $p<0,05$), тогда как женщины с привычным невынашиванием – как «удовлетворительное» (43,18 и 20,45%, $p<0,05$).

При оценке соматического здоровья женщины основной группы достоверно чаще указывали на наличие заболеваний щитовидной железы в анамнезе (19,0 и 3,5%, p=0,003). Женщины с привычным невынашиванием перед планированием настоящей беременности достоверно чаще проходили прегравидарную подготовку (59,77 и 28,24%, p<0,05).

Заключение

Таким образом, к факторам риска привычного невынашивания относятся социально-бытовые, материальные, профессиональные особенности образа жизни, а также акушерско-гинекологические и сопутствующие соматические заболевания. Учитывая наличие данных факторов возможно проведение дополнительных профилактических мер у женщин групп риска.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПЕРВО- И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В АНАМНЕЗЕ

Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В.

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

Актуальность

На фоне неблагоприятной демографической ситуации социальный статус и связанные с ним проблемы могут влиять на репродуктивные установки женщины и течение беременности.

Цель

Изучить социальный статус женщин с первыми и повторными родами, имевших и не имевших ранние репродуктивные потери в анамнезе.

Материалы и методы

Проанализировано 526 историй родов на базе родильного дома им. К.А. Гуткина (Петрозаводск, 2017). На первом этапе выделены выборки «первые или вторые роды», которые далее были разделены по признаку «наличие/отсутствие ранних репродуктивных потерь в анамнезе». Сформированы четыре группы: 1 – первые роды без репродуктивных потерь в анамнезе (n=186); 2 группа – первые роды с репродуктивными потерями (n=71); 3 группа – вторые роды без репродуктивных потерь (n=132); 4 группа – вторые роды с репродуктивными потерями (n=137). Анализ проводился в программе “STATISTICA” v. 10. с использованием непараметрических методов.

Результат

Средний возраст составил 25,83±4,55 (min.19, max.41; 95% ДИ 25,17-26,49), 28,21±4,44 (min.19, max.40; 95% ДИ 26,97-29,17), 30,37±4,99 (min.23, max.42; 95% ДИ 29,68-31,06), 31,01±3,84 (min.24, max.43; 95% ДИ 30,36-31,66) соответственно группам. Показаны статистически значимые различия в возрасте между группами ($p<0,05$), за исключением 3-4 групп. Нет значимых различий по месту жительства (город-село) ($\chi2$ Пирсона 0,98; $p=0,8055$).

В зарегистрированном браке были 361 женщин (68,63%), в незарегистрированном – 143 (27,18%), вне брака – 22 (4,18%) ($\chi2$ Пирсона = 16,02; $p=0,0136$). Повторнородящие без репродуктивных потерь в анамнезе (3 группа) чаще были в зарегистрированном браке и имели полноценную семью по сравнению с женщинами 1, 2 и 4 групп ($p=0,0132$; $p=0,0002$; $p=0,0449$ соответственно).

Изучение уровня образования установило, что среднее образование было у 103 (19,58%), среднее специальное – у 154 (29,28%), высшее – у 269 (51,14%). Следует отметить, что в каждой группе преобладали женщины, имеющие высшее образование (50%-43,66%-61,36%-46,71% соответственно). Статистически значимых различий в уровне среднего, среднего специального и высшего образования при сравнении между группами мы не получили.

Анализ статуса «работа/учеба» к моменту данной беременности показал, что из числа обследованных женщин работали 407 (77,38%), учились – 30 (5,70%), не имели работы – 39 (7,41%), были домохозяйками – 50 (9,51%) ($\chi2$ Пирсона = 31,24; $p=0,0003$). При сравнении данного показателя установлено, что имелись статистически значимые различия по признаку «работает» между женщинами 3 и 1 группы (84,85% против 70,43%; $p=0,0077$), то есть стабильной работой лучше были обеспечены повторнородящие без репродуктивных потерь по сравнению с первородящими аналогичной подгруппы.

Во время беременности курили 59 женщин из общего числа (11,22%), но представляется, что данный процент выше, поскольку учтены только те данные, которые внесены в медицинскую документацию (диагноз «Табакокурение») ($\chi2$ Пирсона = 3,33; $p=0,3431$).

Заключение

Заключение. Проанализированы параметры социального статуса у перво- и повторнородящих женщин с учетом отсутствия или наличия ранних репродуктивных потерь в анамнезе. Исследование показало, что наиболее благоприятный социальный статус выявлен у женщин 3 группы (вторые роды без репродуктивных потерь; средний возраст 30,37±4,99 лет). У них чаще отмечались зарегистрированный брак (80,30%), высшее образование (61,36%), постоянная работа (84,85%), а также самый низкий процент курящих женщин (7,58%). На наш взгляд, женщины, относящиеся к 3 группе, могут быть резервом для рождения третьего и последующего ребенка.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ПЕРВО- И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В АНАМНЕЗЕ

Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В.

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

Актуальность

Проблемы репродуктивного здоровья женщины являются одной из причин ранних репродуктивных потерь (аборт, выкидыш, внематочная беременность) и снижения рождаемости.

Цель

Изучить особенности репродуктивного здоровья в анамнезе у перво- и повторнородящих женщин с репродуктивными потерями и без них.

Материалы и методы

Изучены 526 историй родов на базе родильного дома им. К.А. Гуткина (Петрозаводск). Методом стратифицированной рандомизации истории были разделены на четыре группы: 1 – первые роды без ранних репродуктивных потерь в анамнезе (n=186); 2 группа – первые роды с репродуктивными потерями (n=71); 3 группа – вторые роды без репродуктивных потерь (n=132); 4 группа – вторые роды с репродуктивными потерями (n=137). Статистический анализ проводился в программе “STATISTICA” v. 10.

Результат

Возраст менархе составил 13,25±1,33; 13,66 ±1,23; 13,53 ±1,29; 13,60±1,28 лет и различался при сравнении между 1-2 (p=0,0336) и 1-4 группами (p=0,0159). Дисменорея была в 1 группе у 23 (12,37%), во 2 группе – у 16 (22,53%), в 3 группе – у 22 (16,67%), в 4 группе – у 10 (7,3%). Попарное сравнение выявило статистически значимые различия между 2 и 4 группами (p=0,0017), 3 и 4 группами (p=0,0179). Имелись различия в возрасте сексархе между 2-3 (p=0,0327) и 3-4 группами (p=0,0041).

Установлены различия между группами по ряду гинекологической патологии. Воспалительные заболевания органов малого таза чаще встречались во 2 (16,90%) и 4 (13,14%) группах со статистически значимыми различиями в частоте между 1 и 2 группами (p=0,0394), 2 и 3 группами (p=0,0032), 3 и 4 группами (p=0,0137). Эндометриоз в ана-

мнезе чаще выявлялся у первородящих женщин с репродуктивными потерями (2 группа; 8,45%), при этом имелись различия в частоте заболевания между 1-2 (p=0,0419), 2-3 (p=0,0158) и 2-4 группами (p=0,0006).

Частота женского бесплодия во всей выборке составила 10,46%. Получены различия между 2-3 (p=0,0334) и 2-4 группами (p=0,0293) только для трубного бесплодия, которое чаще встречалось у женщин 2 группы (5,63%).

Патология шейки (за исключением ВПЧ-инфекции) выявлялась у 29,03%-29,58%-50,00%-47,45% соответственно, значимые различия были между 1-3 (p=0,0014), 1-4 (p=0,0047), 2-3 (p=0,0166), 2-4 группами (p=0,0348). Папилломавирусная инфекция отмечена у 9,68%-19,72%-6,06%-4,38% женщин. Выявлены различия в частоте данной инфекции между 1-2 (p=0,0297), 2-3 (p=0,0029) и 2-4 группами (p=0,0004). Частота других гинекологических заболеваний в представленных группах не различалась.

При анализе частоты и структуры гинекологических операций в анамнезе установлено, что лечение шейки матки с использованием различных методик осуществлялось у 9,68%-11,27%-20,45%-18,98% женщин соответственно. Значимые различия получены между 1-3 (p=0,0067) и 1-4 группами (p=0,0162).

Операции на маточных трубах были у женщин 2 (12,68%), 3 (1,51%) и 4 (5,11%) групп, при этом были значимые различия между 2 и 3 группами (p=0,0008).

Заключение

Женщины с репродуктивными потерями в анамнезе (2 и 4 группы) раньше начинали половую жизнь. У пациенток 2 группы статистически значимо отмечались дисменорея (22,53%), эндометриоз (8,45%), воспалительные заболевания органов малого таза (16,90%), трубное бесплодие (5,63%), операции на маточных трубах (12,68%), ВПЧ-инфекция (19,72%). Патология шейки матки превалировала у женщин 3 и 4 групп (50,00%-47,45%), что имело взаимосвязь с частотой лечения (20,45%-18,98%).

Не вызывает сомнений, что ранее нерожавшие женщины с репродуктивными потерями (2 группа) нуждаются в реабилитации, диспансеризации, обследовании и лечении на прегравидарном этапе.

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВО- И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С РАННИМИ РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ И БЕЗ НИХ

Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В.

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

Актуальность

В настоящее время большое внимание уделяется прогнозированию и ранней диагностике осложнений беременности, в том числе, с учетом паритета и отягощенного анамнеза.

Цель

Изучить частоту осложнений беременности у перво- и повторнородящих женщин с учетом наличия/отсутствия ранних репродуктивных потерь.

Материалы и методы

В исследование включено 526 родов на базе родильного дома им. К.А. Гуткина (Петрозаводск). После рандомизации, основанной на делении по признакам «первые роды»/«вторые роды» и «ранние репродуктивные потери нет/есть», выделены 4 группы: 1 – первые роды без ранних репродуктивных потерь в анамнезе (n=186); 2 группа – первые роды с потерями (n=71); 3 группа – вторые роды без потерь (n=132); 4 группа – вторые роды с потерями (n=137). Статистический анализ осуществлялся с помощью программы “STATISTICA” v. 10.

Результат

Возраст обследованных варьировал от 19 до 43 лет, в среднем 28,64±4,77 лет (25,83±4,55; 28,21±4,44; 30,37±4,99; 31,01±3,84 соответственно группам).

Во 2 группе в прошлом аборты были у 39 (54,93%); выкидыши – у 27 (38,03%); внематочная беременность – у 11 (15,49%) женщин. В 4 группе аборты в анамнезе имели 93 (67,88%); выкидыши – 54 (30,42%); внематочную беременность – 8 (5,84%) женщин.

Мы проанализировали частоту и структуру осложнений беременности в I половине гестации в сформированных группах. ОРВИ перенесли 17,74%-23,94%-10,61%-16,79% женщин. Рвота беременных была у 12,90%-7,04%-10,61%-10,22% обследованных. Клиника угрожающего выкидыша выявлялась у 30,71%-36,62%-23,48%-30,66% беременных. Железодефицитная анемия диагностирована у 19,89%-21,13%-21,97%-18,25% пациенток. Инфекции мочевых путей были у 14,52%-16,90%-14,39%-9,49% женщин. Частота вагинита в I половине беременности составила 37,10%-43,66%-43,18%-38,69%. Инфекции, передаваемые половым путем, отмечены у 28,49%-33,80%-21,21%-22,63%.

Во II половине беременности ОРВИ диагностировано у 17,20%-21,13%-22,73%-25,55% пациенток. Диагноз «Угрожающие преждевременные роды» был поставлен 22,58%-26,76%-20,45%-18,98% женщин. Частота анемии увеличилась по сравнению с I половиной гестации и составила в группах 59,14%-57,75%-65,91%-57,66%. Частота инфекций мочевых путей также возросла: 31,18%-28,17%-22,73%-26,28%. Клиническая картина вагинита выявлялась у 36,56%-33,80%-41,67%-43,80%; инфекции, передаваемые половым путем – у 24,19%-19,72%-18,94%-27,74% обследованных. Отеки беременных чаще диагностировались у первородящих женщин (22,04% и 23,94%) по сравнению с повторнородящими (12,12% и 16,06%) (группы 1-3 p=0,0174; 2-3 p=0,0295). Статистически значимых различий в частоте преэклампсии мы не выявили (10,22%-14,08%-6,82%-9,49%). Плацентарная недостаточность была чаще у первородящих (13,44%-15,49%-5,30%-9,49%) (группы 1-3 p=0,0174; 2-3 p=0,0148). Это коррелировало с частотой задержки роста плода в соответствующих группах (12,37%-14,08%-5,30%-8,03%). Частота многоводия составила 5,91%-11,27%-7,58%-16,06% (группы 1-4 p=0,0029; 3-4 p=0,0320).

Заключение

Проведенное исследование не выявило статистически значимых различий в частоте осложнений беременности в I половине у перво-и повторнородящих женщин с наличием или отсутствием ранних репродуктивных потерь в анамнезе. Вероятно, полученные результаты в значительной степени отражают популяционную статистику. Во II половине гестации отмечен рост анемии и инфекций мочевых путей. У женщин 4 группы выявлена высокая частота многоводия. Статистически значимые различия получены в отношении отеков, плацентарной недостаточности и задержки роста плода, которые чаще встречались в 1 и 2 группах первородящих женщин.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАННИХ МАРКЕРОВ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В ЦВЖ ВАКЦИНИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН МЕТОДОМ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ

Гусаков К.И., Франкевич В.Е., Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Стародубцева Н.В., Чаговец В.В., Канонихин А.С., Бржозовский А.Г.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

В настоящее время для предотвращения рака шейки матки (РШМ) разработаны методы первичной (вакцинация от ВПЧ), вторичной (программы скрининга), и третичной

профилактики (выявление и лечение инвазивного РШМ). Единственным эффективным методом предотвращения РШМ и других ВПЧ-ассоциированных заболеваний является профилактика инфицирования ВПЧ, т.е. вакцинация. Известно, что вакцины достоверно снижают частоту CIN, ассоциированного с вакцинальными типами, однако данные об эффективности вакцинации в отношении других невакцинальных типов ВПЧ противоречивы. Вакцинация от ВПЧ связана с изменениями экспрессии и функции различных врожденных иммунных рецепторов, принимающих участие в защитном действии вакцин от ВПЧ. Цервиковагинальная жидкость (ЦВЖ) играет крайне важную роль в иммунных процессах и регуляции белкового состава нижнего генитального тракта. Это стало возможно благодаря внедрению в науку и практику масс-спектрометрии, позволяющей оценивать локальный иммунный ответ, определять особенности белкового состава ЦВЖ и его участие в перекрестной защите от других типов ВПЧ у вакцинированных женщин.

Цель

Изучение протеомного состава цервиковагинальной жидкости (ЦВЖ) у вакцинированных женщин при наличии других онкогенных типов ВПЧ.

Методы исследования: Для изучения особенностей изменения состава и уровня экспрессии белков ЦВЖ применяли протеомные методы исследования 37 пациенткам. ЦВЖ выделялись белки, затем проводился трипсинолиз с последующим анализом пептидов методом жидкостной хроматографии с тандемной масс-спектрометрии. По полученным спектрам производилась идентификация белков с использованием баз данных Swiss Prot. Поиск, идентификация белков и полуколичественный анализ проводился по базе данных UniProt Knowledgebase в программе MaxQuant software.

Результаты

Проведен протеомный анализ ЦВЖ 37 пациенток, разделенных на 4 группы в соответствии с результатами ВПЧ-тестирования и прохождения вакцинации четырехвалентной вакциной: ВПЧ+/вакцина-, ВПЧ-/вакцина-, ВПЧ+/вакцина+, ВПЧ-/вакцина+. После статистического анализа в группах ВПЧ-положительных пациенток было выявлено изменение экспрессии 89 белков: 34 из них – в группах вакцинированных женщин.

В соответствии с полученными результатами мы разработали диагностическую панель, основанную на 9 белках иммунного ответа: PKP1, HP, MUC5AC, GRN, FABP5, OLFM4, APOB, QSOX1 и S100A8. Изменение уровней экспрессии белков иммунной системы у вакцинированных женщин может играть роль в перекрестной защите вакцин от других невакцинальных типов ВПЧ.

Выводы

Полученные результаты позволяют рассматривать анализ ЦВЖ методом масс-спектрометрии в качестве эффективного метода обнаружения ранних маркеров ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки, в том числе у вакцинированных пациенток.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРИРАЩЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ

Гусева О.И., Лебедева Н.В., Каткова Н.Ю., Панова Т.В.

г. Нижний Новгород
ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ

Актуальность

Приращение плаценты сопровождается массивным кровотечением, поэтому актуальным является дородовая диагностика данной патологии с возможностью оказания высококвалифицированной помощи женщине при родоразрешении.

Цель

Оценить исходы беременностей при приращении плаценты.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 14 историй родов пациенток с приращением плаценты, которые были родоразрешены на базе Областного перинатального центра ГБУЗ НО ГКБ № 40 в 2020 году.

Результат

В 2020 году на базе областного перинатального центра родоразрешены 14 женщин с приращением плаценты. Средний возраст пациенток составил 35 лет (28 – 50). В 13 случаях у пациенток имело место предлежание плаценты с расположением ее в области рубца после кесарева сечения. Приращение плаценты диагностировано до родов в 10 (71%) случаях. Средний срок диагностики 30 недель. Средний срок родоразрешения составил 35 недель. Большинство были родоразрешены в сроке 32-34 нед (8 из 14) в связи с начавшимся кровотечением. 5 женщин прооперированы при доношенной беременности. Во всех случаях после извлечения плода выполнена метропластика – иссечение маточно-плацентарной грыжи. С целью уменьшения кровопотери использовались турникеты на матку и перевязка маточных артерий. В 2 случаях по поводу кровотечения выполнена отсроченная гистерэктомия (через 30 мин и 2 часа). Средняя кровопотеря при операции равнялась 1936 мл (1200 – 3800 мл). Во время операции внутриматочный балон использован в 9 случаях. Интраоперационная аппаратная реинфузия эритроцитов проведена в 10 случаях (71%), средний объем реинфузии 345 мл. Перинатальных потерь не было. Ушивание мочевого пузыря произведено в 1 случае в связи с его ранением.

Заключение

Своевременная диагностика предлежания плаценты и родоразрешение в перинатальном центре позволяет минимизировать осложнения у матери и плода и сохранить репродуктивную функцию женщине.

В 2020 году на базе областного перинатального центра родоразрешены 14 женщин с приращением плаценты. Своевременная диагностика предлежания плаценты и родоразрешение в перинатальном центре позволяет минимизировать осложнения у матери и плода и сохранить репродуктивную функцию женщине.

14 women were delivered with placenta accrete on the basis of the regional perinatal center in 2020. Timely diagnosis of placenta previa and delivery in the perinatal center minimizes complications in the mother and fetus and preserves the woman's reproductive function.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА ВЛАГАЛИЩА У ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Данькина В.В., Данькина И.А., Данькин В.В., Чистяков А.А.

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

Актуальность

Повышенный уровень глюкозы в крови и появление его в моче влияет на уровень активности микроорганизмов облигатной микрофлоры половых органов у женщин. Поэтому часто у пациенток при сахарном диабете может развиться дисбактериоз влагалища. Дисбиоз влагалища – патологический процесс замены нормальной микрофлоры на условно-патогенные микроорганизмы (грибы, бактерии, палочки). В норме во влагалище в большом количестве присутствуют лактобактерии, обеспечивающие поддержание кислой реакции среды и препятствующие заселению ее патогенными микроорганизмами за счет выработки молочной кислоты и перекиси водорода. Причиной развития дисбиоза является значительное снижение количества лактобактерий в составе микрофлоры влагалища. В результате pH среды меняется (становится выше 4,5), создаются благоприятные условия для размножения тех микробов, которые присутствовали во влагалище в меньшинстве, включая условных. У 55% женщин, страдающих вагинальным дисбиозом, выявляется дисбактериоз кишечника и урогенитального тракта.

Цель

Оценить клиническую эффективность и преимущества лечения дисбиоза влагалища у женщин с сахарным диабетом.

Материалы и методы

Местная терапия дисбиоза влагалища является методом выбора в большинстве случаев и обладает рядом преимуществ: возможностью введения лекарственного средства

непосредственно в очаг заболевания, наименьшим количеством побочных эффектов, удобством использования. В исследовании приняло участие 30 пациенток от 20 до 40 лет, у которых был обнаружен дисбиоз влагалища. До лечения пациентки предъявляли жалобы на выделения беловато-желтого цвета с довольно неприятным запахом протухшей рыбы, зуд, жжение, болезненные ощущения при мочеиспускании и половом акте, сухость стенок влагалища. Контрольную группу составили 20 беременных без признаков дисбактериоза. Диагноз подтверждали с помощью методики «Фемофлор скрининг». Препаратом выбора в исследовании был препарат в виде вагинальных пессариев «Кетоконазол-Фармекс», содержащий кетоконазола 400 мг. Препарат принимался по 1 свече во влагалище на ночь, курс лечения составлял 10 дней. Оценка эффективности проводимой терапии проводилась после окончания лечения.

Результат

После проведенного лечения пациентки объективно отмечали уменьшение или исчезновение субъективных признаков: уменьшение выделений или их отсутствие, исчезновение неприятного запаха, зуда, жжения, дизурических и диспареунических явлений. В фемофлор скрининге выявляли восстановление концентрации лактобацилл и вытеснение колоний условно патогенной флоры. Побочных эффектов при применении препарата не было.

Заключение

Полученные результаты указывают на высокую эффективность применения предложенного препарата и дают возможность обоснованно назначать его при лечении дисбиоза влагалища у пациенток, страдающих сахарным диабетом. Кроме того, лечение этим препаратом не сопровождается побочными эффектами и хорошо переносится пациентками.

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ДИСПАНКРЕАТИЗМОМ ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Данькина В.В., Данькина И.А., Данькин В.В., Чистяков А.А.

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

Актуальность

Сохранение здоровья беременных является одной из наиболее актуальных медицинских, социально-экономических и демографических проблем стране. Среди многих факторов, которые влияют на течение беременности, важное место занимает ранний гестоз, симптомы

которого в 10% сохраняются до 20-22 недели беременности и их можно связать с диспанкреатизмом. Пусковым механизмом возникновения данных сдвигов можно считать оксидативный стресс, который приводит к развитию соматической патологии. Формирование последней определяется степенью выраженности различных типов компенсаторных реакций, то есть индивидуальными особенностями адаптационного синдрома, нарушение которого является ведущим в появлении и персистенции проявлений раннего гестоза.

Цель

Оценка частоты акушерских и перинатальных осложнений у пациенток с панкреатогенной дисфункцией во II триместре беременности.

Материалы и методы

Была проведена клиническая оценка состояния 23 беременных с проявлениями гестоза во втором триместре по специально разработанной анкете. Контрольную группу составили 12 пациенток с физиологическим течением беременности в 20-22 недели беременности. Лабораторно-инструментальные методы исследования включали: общие клинические и биохимические анализы крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости. Функциональное состояние печени и внешнесекреторную функцию поджелудочной железы оценивали путем определения в крови уровня общего билирубина и его фракций (прямой и непрямой), активности сывороточных аминотрансфераз – АлАТ и АсАТ, содержания холестерина и альбумина в сыворотке крови, активности экскреторного фермента – щелочной фосфатазы, показателя тимоловой пробы, изучение фекальной панкреатической эластазы-1. Статистическую обработку полученных результатов исследования осуществляли на персональном компьютере.

Результат

У пациенток с проявлениями гестоза во втором триместре наблюдались следующие осложнения беременности: угроза преждевременных родов (56%), маловодие (28%), многоводие (22%), синдром задержки роста плода (26%) ($p < 0{,}01$). В раннем неонатальном периоде у 24% новорожденных наблюдались дыхательные расстройства. При изучении биохимических показателей, характеризующих функциональное состояние печени и поджелудочной железы, было установлено достоверное повышение содержания общего билирубина в сыворотке крови за счет увеличения фракции прямого билирубина, повышение активности сывороточных аминотрансфераз (АЛТ и АсАТ), показателя тимоловой пробы, а у ряда пациенток – активности экскреторного фермента – щелочной фосфатазы. Показатель фекальной панкреатической эластазы-1 был достоверно низким ($p < 0{,}05$).

Заключение

Беременные пациентки с проявлениями гестоза в 20-22 недели как следствие диспанкреатизма требуют проведения направленного патогенетического воздействия в первом триместре для предупреждения нежелательных акушерских и перинатальных осложнений.

К ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИПОТРОФИИ МАЛОВЕСНОГО ПЛОДА

Демидов В.Н., Вахтеркина К.Г.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

В статье представлены возможности успешного использования компьютерной программы для выявления гипотрофии маловесного плода.

Сочетание генетически обусловленного маловесного плода и его гипотрофии встречается нечасто. Принято считать, что диагностика этой особенности развития плода в настоящее время практически невозможна. Обычно в подобных случаях ставится диагноз различной выраженности гипотрофии плода. Между тем, решение вопроса за счет чего происходит уменьшение массы плода, за счет его генетической предрасположенности или присоединения гипотрофии, имеет важное практическое значение. Это связано с тем, что преобладание в развитии плода первого из указанных выше факторов определяет благоприятный прогноз, тогда как при наличии второго это наблюдается не всегда.

Для решения поставленной задачи использовалась разработанная нами компьютерная программа, позволяющая на основании применения метода эхографии с начала III триместра беременности с достаточно высокой точностью прогнозировать массу плода на 12 нед вперед.

При проведении настоящего исследования мы первоначально определяли массу плода преимущественно в 31-33 нед. В случае, если она оказывалась существенно меньше среднестатистических величин, характерных для данного срока беременности, то можно уже предполагать возможность рождения здорового маловесного плода. Для выяснения возможности наличия у плода еще и гипотрофии при помощи предложенной нами компьютерной программы осуществляли прогноз его массы на 12 нед вперед. Полученную таким образом массу плода сравнивали с ее фактической величиной при рождении. Разность между двумя этими показателями как раз и свидетельствовала о выраженности гипотрофии плода. Разность же между нижней среднестатистической границей нормы и прогнозируемой массой указывала на то, на сколько генетически запрограммированный маловесный плод отличался от общепринятых стандартных величин.

Поясним изложенную здесь методику расчета конкретным примером (для облегчения получения необходимой информации все ее цифровые показатели округлены). Первоначально вычисляем массу плода в 32 нед. беременности. В данном случае она со-

ставила 1440 г и оказалась на 20% меньше его среднестатистической величины (1800 г), характерной для данного срока беременности. Затем при помощи компьютерной программы прогнозировали массу плода в данном случае на 10 нед. вперед. Теоретически на момент родов (в 40 нед.) она должна была составить 2800 г. Однако фактически она оказалась равной 2400 г, т.е. потеря в массе за счет наличия гипотрофии в данном случае составила 400 г. Генетическую обусловленность маловесного плода вычисляли как разность между минимально допустимой для данного срока массой плода (3000 г) и ее прогнозируемой величиной (2800 г). В итоге получали 200 г. Косвенным подтверждением у небольшого по массе плода преобладания гипотрофического компонента может служить выявление наличия признаков нарушения его функционального состояния при использовании методов допплеро- и кардиотокографии.

В заключение следует отметить, что применение в настоящее время новых технологий значительно расширили наши возможности в отношении диагностики ранее не выявляемых особенностей развития плода.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЯИЧНИКОВ

Демидов В.Н., Портнова Н.И., Полякова Ю.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, г. Москва
ФГБУ Поликлиника №1 Управление делами президента Российской Федерации, г. Москва

Актуальность

В настоящей работе представлены ранние диагностические признаки рака яичников, учёт которых может способствовать уменьшению числа неблагоприятных исходов при этой патологии.

Рак яичников является одной из наиболее серьезных патологий у женщин. Как свидетельствуют данные раковых регистров стран Европы 5-летняя выживаемость при этом заболевании является довольно низкой и составляет всего 35%. В настоящее время принято считать, что ранняя диагностика рака яичников практически невозможна в связи с отсутствием четких признаков этой патологии. Последнее, с нашей точки зрения, прежде всего, обусловлено очень быстрым переходом начальных проявлений данного заболевания в более поздние стадии патологического процесса.

Поэтому, исходя из вышеизложенного, мы в настоящем сообщении решили представить результаты наших многолетних исследований по повышению точности выявления ран-

них стадий рака яичников, полученные как на основании анализа популяционного материала, так и данных ежегодного эхографического скрининга, при котором ранние стадии этой патологии выявляются наиболее часто.

Выполненные исследования позволили нам установить, что при кистозной или кистозно-солидной опухоли рак яичника в основном проявлялся в следующем: 1) быстрый рост опухоли, что при повторном исследовании четко отмечается уже через 1-3 мес., тогда как при доброкачественных опухолях этого никогда не наблюдается; 2) фрагментарное утолщение перегородок; 3) выявление на перегородках плотного компонента губчатой структуры; 4) неровность контуров плотного пристеночного компонента; 5) неоднородность внутренней структуры пристеночного компонента; 6) отсутствие четкого контура стенки образования в зоне расположения основания пристеночного компонента; 7) исчезновение бахромчатости внутренней поверхности пристеночного образования с превращением его как бы сектор круга с глаженной внутренней поверхностью; 8) появление в плотном компоненте зон с мозаичным кровотоком; 9) снижение при допплерографии индекса резистентности RI до 0,45 и менее; 10) повышение уровня маркера CA-125 более чем до 35 ед. При солидном строении опухоли, что нередко наблюдается в постменопаузе, к ранним признакам рака можно отнести следующие: 1) заметное увеличение размеров одного яичника по сравнению с другим; 2) более округлая его форма; 3) деформация контура яичника; 4) появление в паренхиме яичника округлого образования несколько отличающегося по своей эхогенности от окружающих его тканей; 5) учет описанных выше данных допплерографии и результатов определения ракового антигена CA-125.

В заключение следует отметить, что в настоящее время имеется довольно много диагностических признаков для раннего выявления рака яичников, учет которых может способствовать уменьшению числа неблагоприятных исходов при этой патологии.

ФАКТОРЫ РИСКА НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Джеломанова О.А., Белоусов О.Г., Слюсарь-Оглух Т.И.

г. Донецк
ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Актуальность

В последнее время в гинекологии большое внимание уделяется глубокому инфильтративному эндометриозу (ГИЭ). Он характеризуется более сильной связью с тазовой болью и диспареунией, чем случаи эндометриоза в других анатомических областях. Эти клинические характеристики позволяют предположить, что ГИЭ может иметь разные этиопатогенетические механизмы по сравнению с эндометриозом других локализаций.

Цель

Определить, имеет ли глубокий игфильтративный эндометриоз факторы риска отличные при сравнении с эндометриозом яичников (ЭЯ).

Материалы и методы

В проспективном исследовании обследовано две группы пациенток. Первая группа включала 120 женщин (средний возраст 31 год; диапазон 24–46 лет), у которых основной лапароскопически подтвержденный диагноз был ГИЭ. Из них 38 случаев имели сочетание ГИЭ с эндометриозом другой локализации. Вторая группа случаев включала 108 женщины с ЭЯ, но без ГИЭ. Это были женщины со средним возрастом 29 лет; диапазон 21-48 лет, у которых также был впервые подтвержден данный диагноз при помощи лапароскопии. Контрольную группу составили женщины моложе 50 лет, которые были госпитализированы по поводу острых негинекологических, негормональных, неопухолевых заболеваний. В нее было включено 1085 женщин. С помощью структурированной анкеты была получена информация об общих социально-демографических факторах, личных характеристиках и привычках, а также гинекологическом и акушерском анамнезах.

Результат

Более образованные женщины подвергались большему риску как при ГИЭ, так при ЭЯ: ОШ соответственно были 4,7 (95% ДИ, 2,2–6,7) и 3,8 (95% ДИ, 3,1–6,1). ОШ для курильщиков при с равнении с никогда не курящими составило 0,7 (95% ДИ, 0,3–0,9) и 0,6 (95% ДИ, 0,3–0,8). Также не было выявлено связи между семейным положением и риском ГИЭ и ЭЯ. Возраст менархе и особенности менструального цикла в течение всей жизни также не были связаны с риском ГИЭ и ЭЯ. У рожениц был меньший риск по сравнению с небеременными: ОШ для ГИЭ составил 0,1 (95% ДИ, 0,1–0,2) и для ЭЯ составляло 0,2 (95% ДИ, 0,1–0,35). ОШ для женщин с индексом массы тела (ИМТ) ⩾21, при сравнении с ИМТ <21, были соответственно 0,6, 0,7 и 0,4 у пациенток с ГИЭ, ЭЯ и в контрольной группе соответственно.

Заключение

Результаты этого исследования показывают, что женщины с ГИЭ и ЭЯ имеют сходные факторы риска. Эта находка, в свою очередь, подтверждает гипотезу, что эти состояния имеют сходные этиопатогенетические механизмы. Женщины контрольной группы не были обследованы с помощью лапароскопии, поэтому нельзя исключить, наличие у некоторых из них эндометриоза. Это можно считать ограничением исследования.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Джеломанова О.А., Слюсарь-Оглух Т.И.

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

Актуальность

Бесплодие и синдром хронической тазовой боли не только имеют общую этиологию возникновения, но и проявляются многофакторными патологическими состояниями. При лечении таких женщин наряду с медикаментозным лечением является перспективным использование немедикаментозных технологий, имеющих целенаправленное воздействие, при котором не возникают аллергические реакции, лекарственная зависимость, нет побочных действий на другие органы.

Цель

Оценка эффективности использования немедикаментозных технологий при лечении женщин с бесплодием и синдромом хронической тазовой боли.

Материалы и методы

Обследованы и пролечены 37 женщин с бесплодием и синдромом хронической тазовой боли, из них у 18 пациенток наряду с симптоматическим лечением использовали физиотерапевтическое, у 19 – общепринятое этиотропное лечение.

Предложенный комплекс немедикаментозных процедур включал компрессионно-вакуумную терапию с использованием аппарата МКВ-01 «Ивавита» (Россия) – 10-15 сеансов длительностью по 5-7 минут; вагинальные орошения рапой Сакского озера, разведенной минеральной водой в концентрации 30 г/л при температуре 36-37°С, – 8-10 процедур продолжительностью по 15–20 минут; биоакустическую коррекцию с использованием аппарата «Синхро С» (Россия) – 7-10 сеансов длительностью по 20–30 минут.

Сравнение качественных признаков выполнялось с применением критерия χ^2 Пирсона. Количественные данные представлены медианой (Me), 25 и 75 процентилями (25; 75%), сравнение независимых групп осуществляли с помощью критерия U Манна-Уитни, связанных групп – критерия Уилкоксона для парных выборок. На фоне проведенного лечения все женщины отмечали улучшение общего состояния, на ухудшение не указала ни одна женщина.

Результат

Анализируя интенсивность тазовой боли по визуальной аналоговой шкале, отмечено, что благодаря проведенному лечению значения данного показателя статистически значимо снизились как при использовании физиотерапевтических процедур (с 7 (6; 8) до 0 (0; 0) баллов; Z=-3,8, P<0,001), так и при общепринятых мероприятиях (с 7 (6; 8) до 4 (2; 6) баллов; Z=-3,9, P<0,001). В то же время при использовании современного физиотерапевтического лечения уровень интенсивности тазовой боли был статистически значимо ниже, чем после общепринятой терапии (U=34, Z=-4,5, P<0,001). Так, если до лечения все пациентки отмечали умеренную или сильную боль, то после применения физиотерапевтических методов 88,9% (16/18) указали на отсутствие боли, 11,1% (2/18) отметили слабую боль, в то время как после общепринятого лечения отсутствие боли отметили 15,8% (3/19) женщин, слабую боль – 21,1% (4/19), умеренную – 52,6% (10/19), а 10,5% (2/19) пациенток продолжали испытывать сильную боль (χ^2=21,550, P<0,001). Следует также отметить, что использование физиотерапии при лечении женщин с бесплодием и тазовой болью позволило не только купировать симптомы боли, но и способствовало стабилизации их психоэмоционального состояния. В течение года у женщин после предложенного лечения беременность наступила статистически значимо чаще, чем после общепринятого (55,6% (10/18) против 15,8% (3/19); χ^2=6,414, P=0,011). Повышение относительной пользы составило 71,6% (95% ДИ 13,1–90,7%), что указывает на клинический значимый эффект лечения; повышение абсолютной пользы составило 39,8% (95% ДИ 11,6–68,0%); число пациенток которых необходимо пролечить, используя предложенный подход, чтобы наступила беременность у одной дополнительной пациентки, составило 2,5 (95% ДИ 1,5–8,7).

Заключение

Таким образом, использование немедикаментозных технологий при лечении женщин с бесплодием и синдромом хронической тазовой боли является клинически эффективным.

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬОЙ ФУНКЦИИ УЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Джеломанова О.А., Слюсарь-Оглух Т.И.

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

Актуальность

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) является широко распространенной серьезной проблемой женского здоровья. Его формирование происходит при взаимодействии

различных факторов, среди которых имеет значение нарушение менструальной функции. Менструальный цикл является сложным биологическим процессом, характеризуется циклическими изменениями во всех звеньях женского организма. Как менструальная функция зависит от гормонального фона, перенесенных заболеваний, экологических и наследственных факторов, так и нарушение менструальной функции может повлиять на репродуктивное здоровье женского организма.

Цель

Выявить особенности менструальной функции у женщин с СХТБ.

Материалы и методы

Менструальная функция была оценена у 284 женщин репродуктивного возраста с СХТБ и у 491 женщины того же возраста без тазовой боли. Обращали внимание на возраст начала менархе, продолжительность, периодичность менструального цикла, объем, кровопотери, а также на жалобы, связанные с изменением менструальной функции. Сравнение качественных признаков выполнялось с применением критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса. Рассчитывали отношение шансов (ОШ) и 95% й доверительный интервал (95% ДИ) для этой величины. Количественные данные представлены медианой, 25 и 75 процентилями; при сравнении групп использовали критерий Манна-Уитни.

Результат

При изучении становления менструальной функции установлено, что возраст наступления менархе в группе СХТБ и в группе без боли был одинаковым, составив 13 (12; 14) лет, в то же время было отмечено, что позднее наступление менархе статистически значимо чаще зарегистрировано в группе СХТБ (20,8% против 11,0% без боли; χ^2=13,035, p<0,001; ОШ 2,12; 95% ДИ 1,42-3,17).

У женщин с СХТБ, по сравнению с женщинами без боли, статически значимо большими были длительность менструального цикла (29 (28; 30) против 28 (27; 30) дней; U=62214, Z=-2,5, p=0,011) и продолжительность менструации (6 (4; 8) против 5 (4; 7) дней; U=60798, Z=-3,0, p=0,003).

Нарушения менструального цикла среди пациенток с СХТБ зарегистрированы статистически значимо чаще, чем у женщин без боли (75,7% против 43,0%; χ^2=76,555, p<0,001). Нарушение менструального цикла в 4 раза увеличивает шанс возникновения СХТБ (ОШ 4,13; 95% ДИ 2,99-5,72).

При СХТБ статистически значимо чаще, чем у женщин без боли, были отмечены меноррагия (22,9% против 7,9%; χ^2=33,312, p<0,001; ОШ 3,44; 95% ДИ 2,24-5,28), метроррагия (16,2% против 4,3%; χ^2=30,880, p<0,001; ОШ 4,33; 95% ДИ 2,52-7,42), менометроррагия (12,7% против 2,2%; χ^2=32,589, p<0,001; ОШ 6,33; 95% ДИ 3,17-12,66). Частота других нарушений менструального цикла между группами существенного не различалась. Так, полименорею имели

1,1% женщин с СХТБ и 2,2% без боли (χ^2=0,833, p=0,361; ОШ 0,47; 95% ДИ 0,13-1,68), соответственно гиперменорею 8,1% и 10,0% (χ^2=0,549, p=0,459; ОШ 0,79; 95% ДИ 0,47-1,34), аменорею – 2,1% и 1,6% (χ^2=0,043, p=0,836; ОШ 1,30; 95% ДИ 0,45-3,79), олигоменорею – 6,3% и 7,1% (χ^2=0,074, p=0,785; ОШ 0,88; 95% ДИ 0,49-1,59), опсоменорею – 8,5% и 9,2% (χ^2=0,042, p=0,837; ОШ 0,91; 95% ДИ 0,54-1,54).

Также следует отметить, что женщины с СХТБ статистически значимо чаще жаловались на предменструальный синдром (31,3% против 13,0%; χ^2=36,897, p<0,001; ОШ 3,05; 95% ДИ 2,12-4,38) и дисменорею (57,0% против 19,8%; χ^2=110,754, p<0,001; ОШ 5,39; 95% ДИ 3,90-7,45).

Заключение

Установлено, что для пациенток с СХТБ особенностями менструальной функции являются позднее наступление менархе, предменструальный синдром и дисменорея, нарушения менструального цикла проявляются в виде меноррагии, метроррагии, менометроррагии, эти показатели являются факторами риска развития СХТБ.

ЭНДОКРИННО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ И РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ, ОБРАТИВШИХСЯ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ МЕТОДАМИ ВРТ

Дмитриева И.Е., Джанашвили Л.Г., Назаренко Т.А.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Еще 40 лет назад Я.В. Бохманом была доказана, а позже и подтверждена Л.А. Ашрафяном связь развития рака эндометрия с гиперэстрогенными состояниями. Развитие рака эндометрия статистически достоверно связано с ожирением больше, чем любое другое онкологическое заболевание. Эта связь хорошо известна и соответствует корреляции, при которой риск развития рака эндометрия повышается с увеличением индекса массы тела (ИМТ). Кроме того известно, что для пациенток репродуктивного возраста характерно развитие рака эндометрия именно I патогенетического типа, возникающего на фоне длительной гиперэстрогении и гиперплазии эндометрия. Тем не менее, в современной литературе нет общей информации относительно распространённости СПКЯ и ожирения среди женщин с диагностированным раком I типа или атипической гиперплазией эндометрия и нуждающихся в программах ВРТ.

Цель

Оценить распространенность СПКЯ и ожирения среди пациенток с атипической гиперплазией и раком эндометрия I типа, проходящих лечение, направленное на достижение беременности.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 150 пациенток репродуктивного возраста с атипической гиперплазией эндометрия (I группа) и раком эндометрия I типа (II группа), направленных онкологом для достижения беременности после органосохраняющего лечения. Средний возраст пациенток составлял 36,9 лет. Пациентам планировали проведение программ ВРТ для достижения беременности после завершения самостоятельной гормонотерапии и лечебного патоморфоза эндометрия. Перед проведением лечения оценивали клинико-анамнестические, фенотипические данные пациенток, результаты гормонального и ультразвукового обследования. Показаниями для использования ВРТ явились: нарушение менструального цикла по типу вторичной аменореи/олигоменореи (48%), хроническая ановуляция (51%), наличие сопутствующих факторов бесплодия (21%), поздний репродуктивный возраст (18%), отсутствие беременности в течении 4-6 мес. после завершения лечения (20%).

Результат

Во II группе рака эндометрия у 45% пациенток был диагностирован СПКЯ (олиго/аменорея, ановуляция, поликистозные яичники); у 48% ожирение висцерального типа, которое сочеталось с инсулинрезистентностью, поликистозными яичниками и ановуляцией у 62% из них. Среди женщин с гиперплазией эндометрия I группы доля пациенток с СПКЯ и висцеральным ожирением равнялась 48%. В целом СПКЯ со значительными эндокринно-метаболическими симптомами диагностировался в 46,3% случаев. В обеих группах наблюдался высокий процент рецидивирования – 14,2% в I и 30,5% во II группе.

Заключение

Высокая частота встречаемости симптомокомплекса поликистозных яичников, висцерального ожирения, гирсутизма/гиперандрогении и инсулинорезистентности (и других составляющих метаболического синдрома) среди пациенток с атипической гиперплазией и раком эндометрия свидетельствует о патогенетической роли эндокринно-метаболических нарушений в формировании гиперпластических, в том числе онкологических процессов в эндометрии и обуславливает необходимость лечения не только самого онкологического процесса, но и коррекции эндокринно-метаболических нарушений, лежащих в основе формирования онкологического заболевания. Высокий риск рецидивирования в обеих группах с большой долей вероятности связан с относительной гиперэстрогенией и ановуляцией на фоне СПКЯ и метаболических нарушений, что подчеркивает необходимость комплексного лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ

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

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

Актуальность

Оптимизация тактики ведения пациенток с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки является приоритетной задачей исследований, посвященных этой проблеме. В 85–90% случаев вирус папилломы человека спонтанно регрессирует, однако, при персистенции ВПЧ-ВР риск развития цервикальных интраэпителиальных неоплазий (CIN) и инвазивного рака (СС) шейки матки достаточно велик. Несмотря на то, что в подавляющем большинстве случаев цервикальная интраэпителиальная неоплазия и рак шейки матки возникают у ВПЧ-позитивных пациенток, наличие вируса в организме не может рассматриваться как маркер прогрессирования или регресса патологического процесса как такового. Использование целостного подхода в лечении, сочетание традиционной терапии, антигенспецифической вакцинации, применение препаратов, обладающих противовирусными свойствами, представляется актуальным для пациентов с персистенцией ВПЧ-ВР и заболеваниями шейки матки. Применение кислого пептидогликана (Иммуномакс) в комплексном лечении ассоциированных с ВПЧ заболеваний способствует снижению персистенции и частоты рецидивов.

Цель

Целью исследования явилась оценка эффективности комплексной терапии (деструкция + иммуномакс) у пациенток с дисплазией шейки матки легкой степени.

Материалы и методы

Были обследованы 32 женщины репродуктивного возраста с цитологически подтвержденной дисплазией шейки матки легкой степени (CIN I/LSIL). Всем пациенткам проведено генотипирование ВПЧ 21 типа с определением вирусной нагрузки методом ПЦР в режиме реального времени, расширенная кольпоскопия, гистологическое исследование биоптата (при атипической цитологической и/или кольпоскопической картине), микроскопическое исследование, диагностика ИППП методом ПЦР.

Результат

Результаты исследования: у всех женщин был выявлен ВПЧ: 16тип (65.6%), 18 (12,5%), 31

(59.3%), 33(43.75%), 56 (18.7%), 52 (9,4%), что подтверждает частую встречаемость и высокоонкогенный потенциал данных типов ВПЧ. Пациентки были распределены в 2 группы. В 1-ю группу вошли 17 женщин, которым проводилась комплексная терапия (лазерная деструкция шейки матки + иммуномакс). Иммуномакс назначали по схеме (6 инъекций в 1, 2, 3, 8, 9, 10 дни лечения) в дозе 200 мг/сут. Препарат вводили внутримышечно один раз в день. Деструктивное лечение проводили на 4 или 5-й день, считая от 1-го дня введения иммуномакса. Во 2-ю группу вошли 15 пациенток, которым проводилась только лазерная деструкция шейки матки. Пациентки обеих групп были сравнимы по возрасту, репродуктивному анамнезу, характеру менструального цикла и наличию ВПЧ – ассоциированной патологии шейки матки (L-SIL). Лазерную деструкцию проводили при условии полной кольпоскопической визуализации зоны трансформации и отсутствия расхождения между данными проведенных обследований. Согласно полученным данным, у пациенток 1 группы отмечалась более быстрая эпителизация шейки матки по сравнению с пациентками 2 группы (39+2,8 и 44+ 3,2 дня соответственно). Контрольное обследование через 6 мес показало, что клиническое излечение отмечалось у 82,4% пациенток 1 группы и 73,3% пациенток 2 группы. Рецидивы заболевания не отмечались у пациенток 1 группы, у пациенток 2 группы рецидивы были отмечены в 13,4% (2 пациентки).

Заключение

Комплексный подход к лечению больных с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки, включающий деструктивное лечение поражений и применение препаратов с неспецифическим противовирусным действием, на современном этапе можно рассматривать как наиболее эффективный. Иммуномакс, активирующий противоопухолевые иммунные факторы, препятствующих трансформации клеток эпителия шейки матки под действием ВПЧ-ВР в неопластические, представляется перспективным для лечения ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки в составе комплексной терапии. Использование противовирусных препаратов снижает вероятность персистенции ВПЧ и возникновения рецидивов заболевания.

СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ПРИМЕРЕ МЫТИЩИНСКОГО РАЙОНА МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Дорошенко Е.Н., Согияйнен А.А.

г. Мытищи
ООО «Теллура-Мед»
ГБУЗ МО Королевская городская больница филиал Костинский

Актуальность

Гинекологические заболевания широко распространены во всём мире и имеют тенденцию к росту (M. Dheresa, N. Assefa, 2017). Распространённость пролапса тазовых органов составила 13%, женского бесплодия – 8%, различных инфекций половых путей – 38%, аномалий менструального цикла – 28%. У 22% женщин имеются какие-либо гинекологические заболевания. На рост гинекологической заболеваемости влияют различные медико-социальные факторы: раннее начало половой жизни, недостаточное сексуальное просвещение населения, игнорирование средств контрацепции. Также актуальным является сохранение здоровья девочек-подростков, так как нарушения специфических функций организма взрослой женщины во многом формируются в подростковом и детском возрастах. Особое значение имеют различные экстрагенитальные патологии беременных: анемия, сахарный диабет, гипертензия, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, которые оказывают негативное влияние на течение беременности и, как следствие, развитие плода. Во время беременности течение экстрагенитальных патологий, которые имеются у женщины, резко ухудшается, а зачастую и прогрессирует. Это связано с системной перестройкой материнского организма и изменениями в иммунной и эндокринной регуляции, а также с увеличением потребления белка, витаминов, микроэлементов в т.ч. железа женским организмом. У 14–32% женщин именно экстрагенитальные патологии являются основной причиной осложнённого течения беременности и родов.

Цель

Целью данного исследования являлось изучить структуру и динамику экстрагенитальной патологии среди беременных женщин Мытищинского района Московской области за период с 2015 по 2019 гг.

Материалы и методы

Использовался метод выкопировки данных из «Индивидуальных карт беременной и родильницы» (ф. 111/у) за 2015–2019 год (n = 2546). Проведён анализ структуры и динамики экстрагенитальной заболеваемости беременных. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2010.

Результат

В 2015-2019 году в Женскую консультацию №2 ГБУЗ МО Мытищинская городская поликлиника обратилось для постановки на учёт 2546 женщин. Из них в 2015 году – 400, в 2016 году – 460, в 2017 году – 509, в 2018 году – 545, в 2019 году – 630. В период с 2015 года количество взятых на учет беременных выросло на 57,5%. Из них женщины возрастной категории до 20 лет составили – 10,9% (n = 277), от 21до 30 лет – 49,8 (n = 1268), от 31 до 40 лет – 36,7% (n = 934), старше 40 лет – 2,6% (n = 67).

Экстрагенитальная патология была выявлена у 91,9% женщин. В структуре патологии

первое ранговое место занимает анемия, осложняющая беременность, деторождение и послеродовой период (O99.0) – 46,8% (n = 1095), второе ранговое место – заболевания мочеполовой системы (O23.0-O23.9) с 19,4% (n = 455), на третьем – сахарный диабет (O24.0-O24.9) с 14,1% (n = 331), на четвёртом – болезни щитовидной железы (E03.0-E05.9) с 9,9% (n = 232), на пятом – болезни вен (O22.0-O22.9) с 7,0% (n = 165), на шестом – гипертензия беременных (O10.0-O14.0), на седьмом – бронхиальная астма – 0,9%.

Обращает на себя внимание рост за последние 5 лет количества беременных женщин с анемией в 3,1 раза, с инфекциями мочеполовых путей в 3 раза, с патологией щитовидной железы в 2,2 раза, с сахарным диабетом в 2 раза, с патологией вен в 1,9 раза. Следует отметить, что параллельно с ростом экстрагенитальных заболеваний произошёл рост патологических изменений плода с 3,2% об общего количества наблюдаемых женщин в 2015 году до 13,4% в 2019 году.

Заключение

На основании проведенного анализа индивидуальных карт беременных и родильниц, состоящих на учете в женской консультации ГБУЗ Мытищинская городская поликлиника №2 за 2015-2019 годы отмечается рост экстрагенитальной патологии практически по всем группам заболеваний, за исключением гипертензии беременных.

Учитывая возрастание нагрузки на врача акушера-гинеколога женской консультации и рост хронических заболеваний будущих матерей особое значение приобретает формирование региональных концепций модернизации здравоохранения, а особенно – первичного звена (женских консультаций).

ОФИСНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Елгина С.И., Фролова Ю.С.

г. Кемерово
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГАУЗ КГКБ №4

Актуальность

В последние годы всё актуальнее становится проблема повышения эффективности патологии энометрия в амбулаторных условиях. До недавнего времени окончательный диагноз и определение тактики дальнейшего ведения стояли за гинекологическими стационарами. В связи с расширением технических и организационных возможностей амбулаторно-поликлинического звена, все больший объем диагностической и хирургической помощи выполняется на догоспитальном этапе. В связи с широкой распространенностью и легкой доступностью, ультразвуковое исследование органов малого таза

до сих пор остается основным методом диагностики патологии полости матки в амбулаторных условиях. Но, по данным научных исследований, точность диагностики патологии эндометрия по результатам УЗИ колеблется от 25% до 94%. Ложноположительные результаты составляют от 25% до 79% случаев, а ложноотрицательные – от 8% до 34%. Очевидно, что разброс показателей слишком велик. Применение офисной гистероскопии в современной гинекологической практике позволяет в амбулаторных условиях осуществить панорамную визуализацию полости матки без расширения цервикального канала. Однако некоторые практикующие гинекологи сомневаются в применении гистероскопии в амбулаторных условиях, потому что считают, что она ограничена в показаниях, невозможна для выполнения без анестезии и гораздо проще и выгоднее направить пациентку сразу в стационар. В Кемеровской области проведение амбулаторно офисной гистероскопии в хирургическом кабинете женской консультации регламентируется приказом Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области No 640 «Об утверждении примерного положения о Центре амбулаторной гинекологии (ЦАГ) и стационаре одного дня» (от 10.04.2014 г.).

Цель

Изучить преимущества офисной гистероскопии в ранней диагностике внутриматочной патологии на амбулаторном этапе. Исследование проводилось с информированного согласия женщин на базе ГАУЗ КГКБ № 4 г. Кемерово.

Материалы и методы

Дизайн исследования: ретроспективное, случай-контроль. Исследованы 166 женщин, обратившихся в женскую консультацию ГАУЗ КГКБ № 4. В основную группу (I) включены 83 пациентки, которым проводилась офисная гистероскопия в сочетании с мануальной вакуумной аспирацией эндометрия (n = 83), в группу сравнения (II) – 83 пациентки, которым выполнена мануальная вакуумная аспирация без гистероскопического контроля. Критерии включения в I группу: женщины от 18 лет и старше, проживающие на территории Кемеровской области, нуждающиеся в проведении внутриматочного обследования, давшие письменное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения из I группы: девушки-подростки до 18 лет включительно, отсутствие показаний для проведения внутриматочного обследования и информированного согласия для участия в исследовании. Критерии включения и исключения группы сравнения совпадают с контрольной группой. Группа сравнения сформирована из женщин, которым выполнена только мануальная вакуумная аспирация эндометрия до наличия офисного гистероскопа в женской консультации.

Офисная гистероскопия проводилась одним акушером-гинекологом в условиях хирургического каби- нета женской консультации ГАУЗ КГКБ № 4, в утренние часы, после обследования женщин, под местной анестезией с использованием фиброгистероскопа диаметром 4,5 мм. Мануальная вакуумная аспирация проводилась с помощью ручного двухклапанного аспиратора и съёмных одноразовых канюль, имеющих диаметр 3, 4 мм.

Результат

Офисная гистероскопия в сочетании с мануальной вакуумной аспирацией проведена 83 женщинам. Время ожидания офисной гистероскопии составило 7 ± 1 дней, что требовалось для проведения обследования. Длительность офисной гистероскопии в сочетании с мануальной вакуумной аспирацией эндометрия составила в среднем 10,5 ± 3 минут, что отличалось от продолжительности только мануальной вакуумной аспирации в среднем на 5,2 ± 2 минуты. Однако несмотря на удлинение времени выполнения вмешательства офисная гистероскопия хорошо переносилась пациентками, в том числе и нерожавшими, которые составили 9,5% в основной группе и 10,5% в группе сравнения (p = 0,067). Осложнений в виде перфорации стенок матки, кровотечения, ТЭЛА и отека легких мы не наблюдали. По возрасту женщин группы были сопоставимы (p = 0,054). Средний возраст пациенток I группы составил 45 ± 9,8 лет (min = 27 лет; max = 69 лет), пациенток II группы – 41 ± 9,4 год (min = 23 года; max = 62 года). Паритет женщин в группах в среднем 2 беременности (1,8 ± 0,4 и 1,7 ± 0,3, соответственно). Показаниями к проведению офисной гистероскопии являлись ультразвуковые признаки полипа эндометрия (N 84.0) – у 38 женщин (45,8%), гиперплазии эндометрия (N 85.0) – у 29 (34,9%), миомы матки (D 25.0, 25.1, 25.2) – у 11 (13,3%), аденомиоза (N 80.0) – у 5 (6,0%). При проведении офисной гистероскопии в сочетании с мануальной вакуумной аспирацией эндометрия внутриматочная патология выявлена у 85,5% женщин. Полип эндометрия выявлен в 24 случаях (33,8%), гиперплазия эндометрия – в 20 (28,2%), субмукозная миома тела матки – в 8 (11,3%), аденомиоз – в 3 (4,2%), внутриматочные синехии – в 16 (22,5%). Совпадение визуального диагноза при офисной гистероскопии и гистологического исследования составило 63 случая из 71 (88,7%). Показания к мануальной вакуумной аспирации совпадали с офисной гистероскопией: ультразвуковые признаки полипа эндометрия (N 84.0) – у 36 женщин (43,4%), гиперплазии эндометрия (N 85.0) – у 31 (37,3%), миомы матки (D 25.0, 25.1, 25.2) – у 12 (14,5%), аденомиоза (N 80.0) – у 4 (4,8%). При проведении мануальной вакуумной аспира ции эндометрия внутриматочная патология выявлена у 43,4% женщин. По результатам гистологического исследования полип эндометрия выявлен в 19 случаях (52,8%), гиперплазия эндометрия – в 17 (47,2%). Получить дополнительную информацию о внутриматочной патологии (субмукозной миоме, аденомиозе, синехиях эндометрия) без визуализации не представлялось возможным. Чувствительность офисной гистероскопии составила 86,2%, специфичность – 84,4%. Чувствительность мануальной вакуумной аспирации составила 71,2%, специфичность – 62,1%.

Заключение

Офисная гистероскопия позволила выявить внутриматочную патологию у 85,5% обследованных женщин. Выполнение процедуры одним гинекологом позволило избежать многообразия трактовки гистероскопической картины. Применение офисного гистероскопа диаметром 4,5 мм в амбулаторных условиях, без использования расширителей Гегара, под местной анестезией делает исследование доступным, экономичным, позво-

ляет избежать госпитализации в стационар в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции.

Метод офисной гистероскопии пока занимает маленькую нишу в оказании амбулаторной помощи, но полученные нами данные в условиях женской консультации дают основания для масштабного рутинного внедрения офисной гистероскопии в амбулаторную практику.

РОЛЬ ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ И РЕЦИДИВИРОВАНИИ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Иванов И.А., Чернуха Г.Е., Киселев В.И.

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

Актуальность

Полипы эндометрия (ПЭ) – наиболее распространенная форма внутриматочной патологии, для которой характерны АМК и высокая частота рецидивов. Патогенез ПЭ малоизучен. Предполагается, что формирование ПЭ ассоциировано с избыточной пролиферацией и ангиогенезом, которые могут усиливаться при активации Wnt-сигнального пути. Это может быть связано с эпигенетическим молчанием генов супрессоров, в частности с гиперметилированием WIF1, что было выявлено при раке эндометрия (РЭ). Однако его роль при формировании и рецидивировании ПЭ не изучена.

Цель

Определение роли метилирования гена WIF1 в формировании и рецидивировании ПЭ.

Материалы и методы

В исследование включено 130 женщин репродуктивного возраста с гистологически подтвержденными ПЭ и 20 – с нормальным эндометрием стадии пролиферации (СтП). В течение 12 мес проводилось динамическое ультразвуковое наблюдение пациенток с ПЭ с целью выявления наступления рецидива. Методом бисульфитного секвенирования проводилась оценка статуса метилирования гена WIF1 (частота метилирования и число метилированных сайтов) в 60 образцах ПЭ и 20 образцах СтП.

Результат

В образцах ПЭ метилирование гена WIF1 выявлено в 61,7% случаев, тогда как в контроль-

ной группе – ни в одном случае. В ПЭ число метилированных сайтов варьировало от 1 до 13. Частота рецидивов ПЭ за 12 месяцев составила 17,1%. При рецидивах ПЭ частота выявления метилирования гена WIF1 выявлено в 85,7% случаев, в группе без рецидивов – 33,3%. Таким образом, выявление метилирования повышало вероятность наступления рецидива в 4,67 раз (ОШ=4,67; 95% ДИ [1,24; 17,54]; p<0,001). Наличие метилирования не зависело от состояния эндометрия и клинико-анамнестических данных.

Заключение

В основе возникновения и рецидивов ПЭ могут лежать эпигенетические нарушения гена WIF1, ассоциированные с активацией Wnt-пути, процессов клеточной пролиферации и ангиогенеза. Мы полагаем, что оценка статуса метилирования в ПЭ позволяет прогнозировать наступление рецидива, однако причины возникновения гиперметилирования генов при ПЭ предстоит установить.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН

Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Соколова А.В., Медведева И.М.

ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, г. Москва
Санаторий «Россия», Алтайский край, г. Белокуриха

Актуальность

В структуре спорадических выкидышей второго триместра беременности неразвивающаяся беременность (НБ) была у каждой четвертой. Прерогатива госпитального этапа лечения – хирургические манипуляции в матке, задача следующего – восстановить функцию оперированного органа и устранить последствия стрессорного влияния на ранней стадии послеоперационного периода. Успех лечения зависит от проведения лечебных мероприятий, направленных на профилактику возможных послеоперационных осложнений.

Цель

Оценка эффективности использования сочетанной физиотерапии у женщин после НБ во II триместре беременности.

Материалы и методы

Обследованы 37, ранее рожавших женщин, в возрасте 21-32 лет, с гематометрой (по данным УЗИ), которым выполнено выскабливание матки по поводу НБ с последующей антибиотикопрофилактикой. У всех пациенток ранее верифицированы хронический эндо-

метрит и миома матки, не требующей оперативного лечения. I группу (n=20) составили женщины, в лечебный комплекс которых добавлены: 1 процедура баротерапии (вакуумный массаж и дренирование шейки матки, аппарат «Ивавита») и 5 воздействий бесконтактного массажа электростатическим полем (аппарат «Элгос»). Группу сравнения составили 17 пациенток (II) – без указанных воздействий. Для оценки эффективности лечения проведено медико-психологическое тестирование по визуально-аналоговой шкале (ВАШ); биохимический анализ крови, бимануальное и УЗ-исследование в 1 и 6 сут после операции.

Результат

Пациентки физиотерапию (ФТ) переносили хорошо, с адекватной реакцией. В 1 сут после операции все предъявляли жалобы на умеренные боли внизу живота и отсутствие выделений из половых путей, по данным бимануального исследования – несоответствие размеров матки дню послеоперационного периода.

На 6 сут у женщин I группы уровень интенсивности боли по ВАШ снизился ($p \leqslant 0{,}05$) с 2,69±0,02 до 0,67±0,01 баллов, а коэффициент обезболивающего действия (КОД) составил 0,75±0,02 у. ед. и соответствовал выраженному болеутолению. А во II группе показатель снизился ($p \leqslant 0{,}05$) с 2,57±0,03 до 0,92±0,02 баллов, КОД составил 0,64±0,02 у. ед. и соответствовал лишь умеренному болеутолению. У 16 (80,0%) женщин группы и у 10 (58,8%) – II, УЗИ подтвердило отсутствие гематометры, а данные бимануальноо исследования – наличие безболезненной матки нормальных размеров. Но при этом эндотоксический индекс (ЭИ) повысился ($p \leqslant 0{,}05$) с 2,68 ±0,06 до 4,79±0,11 (при длине волны СМ 254 нм) и с 2,35±0,03 до 3,34±0,09 (280 нм) соответственно только у I группы пациенток. А во II группе – ЭИ был статистически однороден ($p \geqslant 0{,}05$), повысившись: с 3,61±0,17 до 3,77±0,13 (254 нм) и с 3,75±0,07 до 3,92±0,10 (280 нм) соответственно. Полученные данные свидетельствуют о снижении эндогенной интоксикации, по-видимому, за счет улучшения белкового обмена, обеспечивая стойкий противовоспалительный и болеутоляющий эффект.

Таким образом, применение ФТ в комплексном лечении у женщин в послеоперационном периоде после неразвивающейся беременности II триместра является эффективным и перспективным. Женщины, перенесшие осложненное прерывание беременности нуждаются в дальнейшей реабилитации в амбулаторных или санаторно-курортных условиях.

Применение ФТ в комплексном лечении у женщин в послеоперационном периоде после неразвивающейся беременности II триместра является эффективным и перспективным для достижения утеротонического и противовоспалительного эффектов.

The use of FT in the complex treatment of women in the postoperative period after a missed second trimester pregnancy is effective and promising for achieving uterotonic and anti-inflammatory effects.

РОЛЬ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Ирназарова Д.Х.

г. Ташкент
Ташкентская медицинская академия

Актуальность

Миома матки – это доброкачественная опухоль гладкой мускулатуры матки, частота которой варьируется в разных популяциях – от 4,5 до 68,6%. В настоящее время исследователями констатирована связь между ожирением и увеличением заболеваемости миомой матки. Повышенный индекс массы тела (ИМТ) увеличивает риск миомы матки на 21% на каждые 10% прибавки массы тела.

Цель

Изучить роль биоимпедансометрии при выявлении ожирения у женщин с миомой матки.

Материалы и методы

Обследованы 102 женщины с миомой матки и 98 здоровых женщин. В зависимости от клинического течения основная группа (n=102) разделена на две подгруппы асимптомная (n=49) и симптомная (n=53) миома. Всем женщинам проведены стандартные клинико-лабораторные и инструментальные исследования, определены факторы риска к развитию миомы матки, вычислен ИМТ и показатели состава тела (висцеральный жир, метаболический возраст, мышечная масса тела) с помощью биоимпедансометрии (BC 545 анализатор от Tanita, Япония).

Результат

Средний возраст основной группы составил 49,2±0,8 и контрольной 43,6±0,6 года ($p<0,01$). У 27,3% женщин основной группы наблюдался избыток ИМТ (26,8±0,7 кг/м2), у 17,3% – ожирение I (33,4±0,8 кг/м2), у 17,3% – ожирение II (37,8±0,9 кг/м2), у 15,4% – ожирение III классов (42,4±1,1 кг/м2), что 2,26 раз выше чем в контрольной ($p<0,001$). Оценка висцерального жира у исследуемых женщин, особенно в подгруппе симптомной миомы с избытком ИМТ, показала, что у 27,3% было 27 баллов, у женщин с ожирением I, II, III класса по 60 баллов. При этом метаболический возраст у женщин с избытком и с ожирением (77,3%) составил – 58 лет. Мышечная масса у женщин с избыточной ИМТ составила 3,3% и с ожирением достоверно ($p<0,001$) ниже (1,4%). Женщины с повышенным ИМТ имеют больше шансов развития миомы матки (OR=7,38, 95% CI 6,04 – 8,72).

Заключение

Роль биоимпедансометрии при выявлении модифицирующего фактора – ожирения у женщин с миомой матки акутальна. Полученные результаты показывают, что с увеличением ИМТ у женщин основной группы, уменьшается мышечная масса и увеличивается висцеральное ожирение, избыток веса является предиктором для развития выраженной клинической симптоматики заболевания у этих женщин, снижая качество жизни женщин этой когорты.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Ирназарова Д.Х., Юлдашева Д.Ю.

г. Ташкент
Ташкентская медицинская академия

Актуальность

Миома матки является одним из самых распространенных доброкачественных заболеваний женских половых органов частота, которой встречается до 70%. Частота миомы у женщин перименопаузального возраста в нашем регионе до 50,6%.

Цель

Изучена роль дуплексного сканирования маточных артерий и особенностей их ангиоархитектоники при миоме матки, у женщин перименопаузального периода.

Материалы и методы

Проведено проспективное нерандомизированное исследование случай-контроль, включающий 76 женщин, в клинике Ташкентской медицинской академии. Женщины были разделены на 2 группы: контрольная группа(n=25) и группа женщин с миомой матки(n=51). Дуплексное сканирование маточной артерии проводили на аппарате Voluson E8 с трансабдоминальным датчиком с частотой 3,5-9 МГц. Проанализировали кривые скоростей кровотока в маточных артериях и в доминирующем миоматозном узле с определением скорости кровотока, RI, PI и типа ангиоархитектоники перифиброидного сплетения.

Результат

Средний возраст обследованных -50,02±0,74 лет. Медиана объема матки при УЗИ исследовании в подгруппе с симптомной миомы матки составила 234,6 мм3, асимптомной миомы матки – 101,4 мм3 и в группе контроля – 54,3 мм3. У женщин с симптомной миомой

матки (n=27) превалировал симптом кровотечения и анемия (83,01%). По данным дуплексного сканирования показатели сосудов справа и слева достоверно не отличались, выявлены различия показателей в группе с миомой матки: скорость кровотока в маточных артериях была выше у женщин с симптомной миомой матки 144,2±24,8 см/с, (p<0,001), чем в контрольной группе (75,7±8,4 см/с). Скорость кровотока в перифиброидном сплетении при миоме было выше 72,09±22,1 см/с (p<0,001), что свидетельствует об усиленном кровоснабжении матки при наличии опухоли. Показатель PI в маточной артерии у женщин с симптомной миомой матки составил 1,97±0,01 (p<0,01), чем в контрольной группе (2,47±0,8).PI в перифиброидном сплетении, были низкими (p<0,001). ПоказателиRI: вгруппе женщин с миомой составил 0,85±0,02 (p<0,001), чем в контрольной группе (0,72±0,06). RI в перифиброидном сплетении составил 0,76±0,03.При дуплексном сканировании перифиброидного сплетения выявлены 4 типа ангиоархитектоники у женщин с миомой. У женщин с миомой матки превалировал смешанный (49,05%) и центральный тип (28,3%) кровоснабжения перифиброидного сплетения. У 1/3 женщин с миомой при интенсивном центральном кровотоке в узлах, было показанием для оперативного лечения. Женщинам с миомой матки и без симптомов заболевания проводилось динамическое наблюдение.

Заключение

По данным анализа дуплексного исследования кровотока, выявлено что скорость кровотока, PI и RI в маточных артериях зависит от степени пролиферативного процесса миоматозного узла, что также дает возможность прогнозировать интенсивность роста опухоли и дальнейшей тактики ведения этих женщин. В зависимости от типа кровоснабжения узла проводится оценка роста миомы матки, и обеспечивается персонализированный подход к лечению.

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ГОРМОНОФОБИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ КСЕНОНОТЕРАПИИ

Коваль М.В., Обоскалова Т.А.

г. Екатеринбург
ГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Актуальность

Климактерический синдром в настоящее время рассматривают как дезадаптацию к эндокринным, а в след за ними и метаболическим изменениям. На этом фоне в центральной нервной системе снижается биосинтез нейротрансмиттеров и как следствие изменяются нейровегетативные функции, эмоционально-поведенческие реакции, изменяются кардиоваскулярные, респираторные, температурные реакции на внешнее воздействие. Гормональная терапия является наиболее эффективным методом коррекции климакте-

рического синдрома. Половые стероиды регулируют обмен нейротрансмиттеров, активируют нейрональную пластичность, улучшают церебральное кровообращение, поддерживают стабильное настроение, оказывают антидепрессивный эффект. Показания для менопаузальной гормональной терапии широко известны и, назначенная по показаниям в «окно» терапевтических возможностей, она не имеет альтернативы. К сожалению, в России только 1% от числа тех, кто в ней нуждается используют МГТ, остальные же как неизбежность воспринимают прогрессирование возраст-ассоциированных заболеваний. Основная причина столь низкой приверженности к МГТ – гормонофобия.

Цель

Оптимизировать коррекцию климактерического синдрома у пациенток с гормонофобией.

Материалы и методы

Проведено сравнительное исследование с участием 32 случайно выбранных пациенток с климактерическим синдромом в периоде менопаузального перехода. Пациентки были разделены на две группы, проспективное наблюдение за ними проводилось в течении одного месяца. В основную группу (n=16) вошли пациентки – принимающие МГТ (эстрадиола валерат 1мг/ дидрогестерон 10 мг). В контрольную группу (n=16) – нежелающие использовать менопаузальную гормональную терапию. Пациенткам второй группы выполнено 5 процедур ксенонтерапии в утренние часы через день, с подачей концентрации ксенона 1 день – 12-14% – 20 минут, 2 день – 14-16% – 17 минут, 3 день – 16-18% – 15 минут, 4 день – 18-20% – 12 минут, 5 день – 20-22% – 10 минут. Оценку менопаузальных симптомов проводили с использованием климактерической шкалы Грина. Определение состояния психоэмоционального статуса проводили с применением нейропсихологического теста Спилберга. Для анализа стероидного профиля определяли концентрацию эстрадиола и прогестерона в утренней пробе слюны на 18-22 день менструального цикла.

Результат

При оценке степени тяжести климактерического синдрома в обеих наблюдаемых группах, обследуемых женщин, средний итоговый балл по шкале Грина статистически значимо уменьшился и составил 4 ± 3,12, (p1=0,001) в первой и 6 ± 4,34 (p2=0,001) во второй группе. Также отмечено значимое снижение показателей ситуационной и личностной тревожности по сравнению с исходными данными. В первой группе показатель личностной тревожности составил 22 ± 6,34(p1=0,001), во второй 27,21 ± 5,6 (p2=0,001). Через месяц в группе пациенток, применяющих МГТ существенно повысился уровень эстрадиола до 12± 2,5 пг/мл (p=0,001) и прогестерона до 100 пг/мл (p=0,001). Значимых изменений концентрации гормонов в группе, использующих ксенонотерапию, не было выявлено (p=0,944).

Заключение

Таким образом, применение ингаляции ксенона в субнаркотических дозах позволяет эф-

фективно купировать вазомоторные и психоэмоциональные проявления климактерического синдрома у пациенток с гормонофобией и противопоказаниями к МГТ.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Козырко Е.В., Шмаков Р.Г., Алиева Г.Р., Ахмедова А.И., Хохлова С.В.

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

Актуальность

Частота злокачественных опухолей яичника, ассоциированных с беременностью, составляет по различным источникам 1 на 10000-50000 беременностей, пограничных опухолей яичника- 1 на 8000 беременностей. По данным совместного проекта Международного агентства исследований рака (International Agency for Research on Cancer – IARC) и ВОЗ (GLOBOCAN), опухоли яичников занимают 8-ое место по частоте встречаемости среди онкологичеких заболеваний у женщин и 18-ое среди всех онкологических заболеваний.

Цель

Изучить междисциплинарный интегративный подход к ведению беременности при доброкачественных и пограничных опухолях яичника: разбор клинического случая и обзор литературы.

Материалы и методы

За период с 2010-2021г в нашем институте были проанализированы особенности течения 13 беременности у 13 женщин с пограничными и злокачественными опухолями яичников. В 1 группу вошли 6 женщин с пограничными опухолями яичников, во 2 группу 7 женщин со злокачественными опухолями яичников. Методами диагностики послужили: УЗИ органов малого таза, УЗИ органов брюшной полости, в ряде случаев использовались КТ, МРТ, ЭГДС, ректороманоскопия и маркеры опухолей яичника – СА-125, СА 19-9, АФП, антиген НЕ-4.

Результат

Возраст женщин в нашем исследовании варьировал от 23 до 37 лет. Пограничные опухо-

ли были диагностированы с одинаковой частотой встречаемости как в I, так и во II триместрах. В группе злокачественных у двух пациенток (28,6%) новообразования яичников диагностированы и пролечены за 1 год и 10 лет до наступления данной беременности, у пяти женщин (71,4%) заболевание было выявлено во время беременности: в I и во II триместрах – в двух случаях, в III триместре – в одном.

Беременность протекала без осложнений у двух женщин (33,3%) из 1 группы, у которых злокачественные новообразования яичников диагностированы и пролечены за 1 год и 10 лет до наступления данной беременности. При анализе течения беременности у пациенток обеих групп было выявлено, что наиболее часто встречались: угроза выкидыша – в 83,3% случаев в 1 группе и в 57,1% – во II группе, анемия различной степени тяжести у 50% и 57,1% пациенток в 1 и 2 группах соответственно. Хирургическое лечение во время беременности в группе с пограничной опухолью было произведено 4-м пациенткам в сроке 16-17 недель и одной пациентке при сроке беременности 30-31 неделя. При дисгерминомах у двух пациенток во II триместре при сроке беременности 16-17 недель и в III триместре при сроке беременности 25-26 недель, а также у пациентки со злокачественной эпителиальной опухолью яичника, распространенными метастазами в 24 недели беременности было произведено хирургическое лечение, с последующим проведением химиотерапии в послеродовом периоде.

Заключение

Таким образом, при обнаружении опухолей во время беременности акушерская и хирургическая тактика решаются индивидуально совместно с онкологом. При пограничных опухолях, а также дисгерминомах I а стадии возможно не только сохранение данной беременности, но и сохранение фертильности в дальнейшем. При эпителиальных злокачественных опухолях яичника тактика ведения зависит от стадии процесса, срока беременности, репродуктивной мотивации больной.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Комлева М.О., Константинова О.Д., Комлева Н.В.

г. Оренбург
ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет МЗ РФ, ГАУЗ Областная детская клиническая больница

Актуальность

Состояние репродуктивного здоровья девочек-подростков остается одной из социаль-

но значимых, обсуждаемых специалистами проблем в связи с отмеченным ростом заболеваний гинекологической сферы в последние годы. В Российской Федерации заболеваемость расстройствами менструации (РМ) увеличилась: с 1230,1 на 100 тыс. женского населения в 2005 году до 1516,8 и 1556,7 – в 2017 и 2018 годах соответственно. Учитывая высокую частоту РМ, представляет интерес анализ данных о структуре гинекологической заболеваемости девушек-подростков – будущих матерей.

Цель

Оценить структуру гинекологической заболеваемости у девочек-подростков с РМ, проживающих на территориях Оренбургской области, в динамике 10-летнего наблюдения.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ первичной гинекологической заболеваемости девушек-подростков 15-17 полных лет по данным ежегодных отчетов за 2010-2019 годы по формам, утвержденным МЗ РФ.

Результат

За период 2010–2019 гг. среднемноголетний показатель первичной гинекологической заболеваемости у девочек-подростков в Оренбургской области составил 93,18 ‰ (на 1000 населения соответствующего пола и возраста). Ее максимальный уровень (104,21 ‰) зафиксирован в 2017 году, минимальный (81,43 ‰) – в 2016 году. РМ в структуре составляют 63,17% (24486 чел.), воспалительные заболевания выявлены у 28,35% (11018 чел.), функциональные кисты яичников – у 5,5% (2111 чел.), задержка полового развития – у 2,99% (1144 чел.). Среди пациенток с РМ у 48,7% (11933 чел.) наблюдались расстройства ритма менструаций (первичная/вторичная аменорея, первичная/вторичная олигоменорея, обильные менструации в пубертатном периоде) и у 41,3% (12553 чел.) выявлены состояния, связанные с менструальным циклом (дисменорея, синдром предменструального напряжения). Среднемноголетний показатель первичной гинекологической заболеваемости девушек-подростков РМ по области за исследуемый период составил 58,81 на тыс. населения, что превышает аналогичный показатель по России (52,25 на тыс. нас.). Максимальный уровень первичной заболеваемости РМ – 69,3 на тыс. населения – зафиксирован в 2014 году, минимальный – 47,5 на тыс. населения – в 2016 году. В структуре РМ преобладали состояния, связанные с циклом: дисменорея была выявлена у 10221 девушки (41,91%). Особое место занимает олигоменорея, выявленная у 7845 пациенток 15-17 лет (32,39%). Среди расстройств ритма менструаций олигоменорея составляет 65,74%. В то время как меноррагия и вторичная аменорея – 22,8% (2721 пациентка) и 11,46% (1367 пациенток), соответственно. Наибольшее число – 15466 пациенток с РМ (62,9%) проживали на территории Центральной зоны, 4604 девушки (18,73%) в Восточной зоне, в Западной зоне – 4510 пациенток (18,35%). Основная часть РМ диагностировалась у городских пациенток центра и запада области, а на востоке – у жителей сёл. Высокий уровень (12752 пациентки) РМ отмечен среди пациенток, проживающих в центральной зоне, которая

включает в себя областной центр. Одновременно с этим, данные уровня заболеваемости в сельских территориях сопоставимы: РМ были выявлены у 2783 пациенток на востоке области, у 2417 человек на западе и у 2714 девушек в Центральном Оренбуржье.

Заключение

Таким образом, гинекологическая заболеваемость пациенток 15-17 лет имеет тенденцию к повышению, что сочетается с данными литературы. Лидирующей гинекологической патологией у девушек, проживающих в Оренбуржье являются РМ. Во всех регионах области среди РМ преобладает олигоменорея, среди состояний, связанных с менструальным циклом – дисменорея. Сохранение репродуктивного здоровья юных пациенток невозможно без своевременного выявления патологии на амбулаторном этапе, с последующим лечением, наблюдением, профилактикой.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Коптеева Е.В., Капустин Р.В., Алексеенкова Е.Н., Траль Т.Г., Толибова Г.Х.

г. Санкт-Петербург
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта», Санкт-Петербург, Россия
ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность

Сахарный диабет (СД) является одним из наиболее неблагоприятных заболеваний, оказывающих влияние на течение и исходы беременности, его распространенность неуклонно растет с каждым годом. Длительное течение гипергликемии стимулирует формирование адаптационных структурно-функциональных механизмов в плаценте, которая отражает метаболическую среду как материи, так и плода, являясь ценным индикатором метаболических нарушений. СД ассоциирован с нарушением ремоделирования спиральных маточных артерий, что в дальнейшем может являться важным фактором развития преэклампсии (ПЭ) у данной группы пациенток. Основной проблемой для патолога при исследовании плацент от матерей с СД является сложность дифференцировки изменений, характерных именно для гипергликемических состояний. Несмотря на исследования, посвященные этому вопросу, по прежнему актуальным остается анализ морфологических особенностей плацент при сахарном диабете.

Цель

Сравнение морфологических особенностей строения плацент от женщин с различными

типами сахарного диабета, преэклампсией и нормально протекавшей беременностью.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное, одноцентровое, когортное исследование на базе ФГБНУ «НИИ АГиР им Д.О. Отта. Проанализированы результаты морфологического исследования 3300 последов. Составлены группы сравнения: СД 1 типа (n=506), СД 2 типа (n=229), гестационный СД (n=2387), преэклампсия (n=39), контрольная группа (n=139). Исследуемые плаценты взвешивали, оценивали их размеры – два диаметра и толщину, котиледонное строение, наличие дефектов. Определяли место прикрепления пуповины, внешние характеристики плодовых оболочек. Фрагменты плаценты (5 кусочков) фиксировали в 10% нейтральном забуференном формалине (pH 7.2), проводили гистологическую обработку с помощью автоматической станции проводки материала Leica TP1020, заливали в парафин и готовили гистологические срезы толщиной 3-4 мкм, окрашивали гематоксилином-эозином. Статистический анализ результатов проводили с использованием программы SPSSV. 23.0.

Результат

Для всех типов СД характерно увеличение массо-метрических показателей плацент, наличие хронической плацентарной недостаточности, патологической незрелости ворсин с преимущественно диссоциированным типом их созревания, наличие инволютивно-дистрофических и циркуляторных нарушений различной степени выраженности по сравнению с плацентами от женщин без нарушений углеводного обмена. Для плацент от женщин с СД 1 типа свойственно преобладание промежуточных незрелых ворсин, фиброз стромы стволовых ворсин. Частота псевоинфарктов в плаценте и содержание фибриноида в межворсинчатом пространстве были сопоставимы с таковыми при СД 2 типа. Для СД 2 наиболее характерны воспалительные изменения и умеренная степень кальциноза плаценты, в то время как для ГСД характерны более «мягкие» изменения. Для плацент при ПЭ характерно преждевременное созревание ворсин с формированием компенсированной плацентарной недостаточности и отложением фибриноида в межворсинчатом и субхориальном пространствах.

Заключение

Проведенное нами исследование позволило выявить отличительные особенности морфологического строения плацент при различных типах СД и ПЭ. Понимание связи между особенностями гистологической структуры плаценты и клиническим течением СД во время беременности, позволяет уточнить не только патофизиологические процессы, происходящие при данной патологии, но и оптимизировать алгоритм рационального ведения неонатального периода детей от матерей с нарушениями углеводного обмена.

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Копысова Е.Д., Русских М.А.

г. Ижевск
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Актуальность

В работе показаны особенности реабилитации беременных в санаторий-профилакторий «Строитель». Установлено, что система комплексной реабилитации беременных показала высокую эффективность санаторно-курортного лечения.

В настоящее время в профилактике осложнений беременности и их лечении у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы большое значение придается санаторно-курортному лечению, максимальному использованию природных лечебных факторов.

Цель

Изучить влияние санаторно-курортного лечения на течение беременности, родов и состояние здоровья новорожденного у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, прошедших курс оздоровления в ОАО санаторий «Строитель».

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 20 беременных с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, которые наблюдались в специализированной женской консультации и прошли стационарное лечение в женском кардиологическом отделении БУЗ УР РКДЦ МЗ УР с дальнейшим долечиванием в условиях ОАО санатория «Строитель» в 2019 году.

Результат

Возраст пациенток колебался от 25 до 42 лет, преобладали женщины в возрасте 25-35 лет. Обследуемые женщины имели различные заболевания сердечно-сосудистой системы: у всех пациенток было диагностировано нарушение ритма сердца, у каждой второй родильницы выявлен компенсированный врожденный порок сердца, у 35,0% – артериальная гипертензия, 40,0% обследуемых – нейроциркуляторная дистония. Все беременные проходили курс санаторного долечивания в разные сроки: в 12-16 недель (5,0%), в 16-20 недель (50,0%) и 20-26 недель (45,0%). Течение настоящей беременности осложнилось железодефицитной анемией в 75,0% случаев; угрозой ее прерывания в первом триместре – 60,0%; рвотой беременных – 15,0%; отёками беременных в 15,0% случаев; внутриутробным страданием плода (хроническая внутриутробная гипоксия плода) – 15,0%, умеренной поздней преэклампсией в 5,0% случаев. У всех пациенток беременность закончилась

срочными родами живым плодом. Частота оперативных родов (60,0%) несколько превалировала над естественными родами (40,0%). Большинство (83,0%) кесаревых сечений проведено в плановом порядке. Основными показаниями к нему были: наличие рубца на матке – 34,0%, особенности положения и предлежания плода (поперечное, косое тазовое) и наличие сердечно-сосудистого заболевания в стадии субкомпенсации по 17,0% случаев, анатомические узкий таз и сочетанные показания (преэклампсия и ЭКО, старший репродуктивный возраст и ЭКО) по 8,0% случаев. Течение послеродового периода было физиологичным у 75,0% женщин.

Заключение

Двухэтапное лечение женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, включающее долечивание в санаторно-курортных условиях благоприятно сказывается на течение беременности, после санаторно-курортного лечения, течение родов, послеродового периода и состояние здоровья новорожденных.

In article shows the feature rehabilitation of pregnant women in sanatorium «Stroitel». It was established that system rehabilitation pregnant women is very potency sanatorium treatment.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ОСОБЕННОСТИ ЛАКТАЦИИ У ЖЕНЩИН

Копысова Е.Д., Салихова Р.Д.

г. Ижевск
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Актуальность

В настоящее время доказана положительная роль грудного вскармливания на здоровье женщины и новорожденного. Грудное молоко это не просто продукт, удовлетворяющий нутритивные потребности ребенка, но и субстрат, который способен влиять на состояние здоровья человека в долгосрочной перспективе, поэтому характер лактации тесно связан не только с особенностями течения беременности, родов и послеродового периода, но и всей последующей жизнью ребенка.

Цель

Изучить особенности лактации у беременныхженщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы

У 45 родильниц с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, находив-

шихся под наблюдением в специализированной женской консультации и родоразрешенных в родильном доме №6 БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» г. Ижевска, проведена оценка лактационной функции.

Результат

Обследуемые женщины имели различные заболевания сердечно-сосудистой системы: у всех пациенток было диагностировано нарушение ритма сердца, у каждой второй родильницы выявлен компенсированный врожденный порок сердца, у 35,0% – артериальная гипертензия, 40,0% обследуемых – нейроциркуляторная дистония. Нами проведен анонимный опрос по специально разработанной анкете. Установлено, что у каждой второй родильницы имеет место позднее начало кормления новорожденного грудным молоком (через 12 часов и более после родов), причем большинство из них — это женщины родоразрешенные путемоперации кесарева сечения. Отсутствие грудного вскармливания в первые часы после родов могут стать причиной нарушений становления лактационной функции. У каждой третей обследованной отмечены выраженные нарушения лактации, обусловленныеосложнениями в раннем послеродовом периоде(послеродовой эндометрит, субинволюция матки, расхождения швов после эпизиоррафии). У каждой четвертой родильницы становление грудного вскармливания было затруднено в по причине недоношенности или болезни ребенка (асфиксия, врожденные пороки развития, врожденный конъюнктивит), эти дети неохотно захватывают сосок и ареолу, что препятствует раздражению пролактиновых рецепторов молочной железы и может стать причиной угасания лактации.

Заключение

Таким образом, из вышеизложенного следует, что нарушения лактационной функции у родильниц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы обусловлены рядом факторов: поздним прикладыванием младенца к груди, чаще всего по причине оперативных родов; осложнениями послеродового периода у женщины или состоянием здоровья новорожденного.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК, ПРЕРЫВАЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ ПУТЕМ МЕДИКАМЕТОЗНОГО АБОРТА

Кормакова Т.Л., Уквальберг М.Е., Иванова Н.А., Омарова Г.З.

г. Петрозаводск
Петрозаводский государственный университет, медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии, ООО Медицинский центр «Пара»

Актуальность

Несмотря на доступность и наличие огромного выбора методов контрацепции проблема нежелательной беременности продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем. Наиболее безопасным методом прерывания беременности считается медикаментозный аборт. Риск осложнений, как ранних так и отдаленных последствий определяется медико-социальными особенностями акушерско-гинекологического анамнеза и сопутствующей патологии женщин.

Цель

Изучить медико-социальный статус женщин, прерывающих нежелательную беременность путем медикаментозного аборта.

Материалы и методы

Ретроспективно изучены амбулаторные медицинские карты у 154 женщин и проспективно, на основе анкетирования, мотивирующие причины у 52 пациенток, обратившихся для медикаментозного прерывания нежелательной беременности в ООО Медицинский центр «Пара» (в сроки до 50 дней аменореи).

Результат

Средний возраст пациенток составил 28±3года. В возрасте 18-26 лет встретились 15,6% женщин, 27-35 лет – 57,8%, старше 36 лет- 26,6%. Жительницы города Петрозаводска составили 68,5% человек, из других городов Республики Карелия было 17% женщин и жительницы сельской местности встретились в 14,5%. случаев. Из методов контрацепции применяли барьерный 35,1% (54 чел.) женщин, прерванный половой акт 37,7% (58 чел.) пациенток, гормональную контрацепцию использовали 20,8% (32 чел.) респондентов, внутриматочную – 4,5% (7чел.), метод лактационной аменореи – 1,9% (3чел.). Настоящая беременность была первой у 10,4% (16 чел.), повторнобеременных было 89,6% (138 чел.). Роды в анамнезе имели 96,4% пациенток, из них у 17,3% роды завершились операцией кесарева сечения. Повторнобеременные, но первородящие составили 3,6% (5 чел.). Аборт по желанию женщины (хирургический/медикаментозный) был в анамнезе у 70,3% (97 чел.). Частота самопроизвольного выкидыша в анамнезе (в том числе, неразвивающейся беременности) составила 18,8% (26 чел.). Гинекологическая патология была диагностирована у 50,7% женщин. В структуре гинекологической патологии чаще всего встречались: заболевания шейки матки (62,8%), среди которых преобладала эктопия шейки матки 95,9% и ЦИН 1-2 степени отмечена в 4,1% случаев, хронический эндометрит встретился у 5,1%, миома матки у 11,5% женщин, кандидозный вульвовагинит имел место в 15,4% случаев, кисты яичников были у 5,1% пациенток, уреаплазмоз и хламидиоз выявлены в 6,4% и в 2,3% случаев. Соматически здоровы были 62,3% (96 чел.) наблюдаемых женщин. В структуре экстрагенитальной патологии тяжелых заболеваний не было. Среди мотивирующих причин прерывания нежелательной беременности у 17,3% (9 чел.) женщин были наличие нерешенных жилищных проблем, неустойчивый брак был у 9,6% (5 чел.), в 32,7% (17 чел.)

случаев отсутствие материального обеспечения, вне брака были 21,2% (11 чел.) респонденток, и не заинтересованных в настоящей беременности – 19, 5% (10чел.).

Заключение

Женщины, прерывающие нежелательную беременность путем медикаментозного аборта в основном активного репродуктивного возраста и жительницы города. Каждая пятая пациентка используют гормональную контрацепцию, а 2/3 пациенток применяют низкоэффективные методы. В анамнезе у 70,3% женщин отмечены аборты и при чем половина прерваны хирургическим методом. В структуре гинекологической патологии преобладала эктопия шейки матки. Большинство наблюдаемых пациенток были соматически здоровы. Среди мотивирующих причин к прерыванию нежелательной беременности были отсутствие материального обеспечения и незарегестрированный брак.

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Кравцива А.В., Прошина Д.А., Габор Н.В., Фофонова И.Ю., Покусаева В.Н.

г. Смоленск
Смоленский государственный медицинский университет

Актуальность

По данным эпидемиологических исследований, доля нарушений менструального цикла (МЦ) в структуре гинекологической заболеваемости достигает 53%. Наиболее часто они встречаются у молодых девушек и нередко обусловлены психо-эмоциональными нагрузками и нарушениями углеводно-жирового обмена.

Цель

Изучить структуру и частоту нарушений менструальной функции у девушек-студенток, определить их взаимосвязь с массой тела.

Материалы и методы

Проведено анонимное анкетирование студенток 1-6 курса медицинского университета. Критерии включения: студентка медицинского университета, согласившаяся на участие в анкетировании. Критерии исключения: отсутствие ответа на 1 и более вопросов анкеты. В опросе приняли участие 468 девушек, в анализ включено 464, соответствовавших критериям включения/исключения. Средний возраст опрошенных 21,39±0,17 лет (17 до 26 лет). В анкету вошли 24 вопроса о менструальной функции, возрасте и антропометрических данных. Проводилась оценка наличия нарушений менструальной функции, их клинические проявления, индекс массы тела Кетле (ИМТ). Среди опрошенных недостаточ-

ную массу имели 57 (12,3%), избыточный вес – 68 (14,7%) и ожирение I степени – 9 (2,6%). Болшинство (330 – 71,1%)) имели нормальный вес. Статистическая обработка проведена по методикам, рекомендованным для медико-биологических исследований. Значимость различий определена на уровне p<0,05.

Результат

По данным опроса, у большинства студенток (273 – 58,8%) продолжительность МЦ составила 27-32 дня, у 98 (21,1%) - 33-35 дней, у 57 (12,3%) – от 21 до 26 дней. Полименорея регистрировалась при продолжительности МЦ менее 21 дня у 5 (1,0%), опсоменорея (МЦ более 35 дней) у 31 (6,7%). Самый низкий ИМТ отмечался в группе пациенток с полименореей: у 4 из 5 имелся дефицит массы тела, средний ИМТ в группе был ниже, чем в других и составил 16,18±0,52 кг/м2 (p<0,05). У большинства студенток длительность менструаций укладывалась в нормативные значение: 3-5 дней – у 271 девушки (58,4%); 5-7 дней у 151 (32,5%). У остальных анкетируемых зафиксированы изменения: менее 3 дней – у 11 студенток (2,4%), 7-10 дней у 27 (5,8%), более 10 дней – у 4 девушек (0,9%). Средний ИМТ у пациенток с олигоменореей составил 17,12±0,11 кг/м2, а в группе девушек с менструациями продолжительностью более 10 дней 3 из 4 имели избыточный вес (средний ИМТ 27,56 ±0,67 кг/м2) (p <0,05 при сравнении с другими группами). Четверть опрошенных в соответствии с предложенными критериями оценки кровопотери соответствовала категории «обильные менструации» (117 – 25,2%). 19 (4,2%) сообщили о скудных менструациях; из них 12 имели дефицит веса, а средний ИМТ у них составил 16,58±0,33 кг/м2 (p <0,01 при сравнении с другими группами). Остальные оценили свои менструации как умеренные (328 -70,7%). Половина девушек имела болезненные менструации (229 – 49,4%), 2/3 из них 167 (72,9%) прибегали к приему анальгетиков.

Заключение

Распространенность нарушений менструального цикла у студенток медицинского университета достаточна высока, наиболее частыми из них являются: дисменорея (49,4%), в т.ч. требующая приема лекарственных препаратов для купирования болевого синдрома, и обильные (25,2%) менструации. Частые и скудные менструации чаще ассоциировались с дефицитом массы тела, тогда как гиперменструальный синдром с ее избытком.

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ВО ВРЕМЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ЭКО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДОНОРСКИХ И АУТОЛОГИЧНЫХ ООЦИТОВ

Лаврентьева К.И., Трифонова Н.С.

г. Москва
Клиники Акушерства и Гинекологии Университетской клинической больницы №2

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Актуальность

Проанализирована частота и структура гипертензивных расстройств и других акушерских и неонатальных осложнений после ЭКО с использованием донорских ооцитов и после ЭКО с аутологичными ооцитами у женщин с бихориальной биамниотической двойней. Многоплодная беременность после ЭКО с донорскими яйцеклетками ассоциирована с высокой частотой таких акушерских осложнений, как гестационная артериальная гипертензия, преэклампсия и преждевременные роды.

В настоящее время экстракорпоральное оплодотворение с использованием донорских ооцитов (ЭКО-ДО) стало неотъемлемой частью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Первая беременность у человека после переноса донорского ооцита, оплодотворенного in vitro, была достигнута группой австралийских ученых в 1983 г. В одном из первых исследований, посвященных исходам беременности после ЭКО-ДО, сообщалось о высокой распространенности акушерских и неонатальных осложнений, таких как кровотечение в первом триместре (34,6%), преэклампсия (32,7%), синдром задержки роста плода (11,5%), а также высокой частоте кесарева сечения (63,5%). В последующем в литературе стало появляться всё больше исследований, посвященных течению беременности после ЭКО-ДО. Однако, одни исследования показали, что частота преэклампсии при беременности после ЭКО-ДО значительно выше, чем при беременности после ЭКО с использованием собственных ооцитов, тогда как другие нет.

Цель

Целью настоящего исследования была оценка частоты и структуры гипертензивных расстройств и других акушерских и неонатальных осложнений после ЭКО с использованием донорских ооцитов и после ЭКО с аутологичными ооцитами у женщин с бихориальной биамниотической двойней.

Материалы и методы

Мы провели анализ течения беременности, родов и перинатальных исходов у 213 женщин с бихориальной биамниотической двойней. У 60 женщин беременность наступила после ЭКО с использованием донорских яйцеклеток (ЭКО-ДО), у 98 пациенток в результате программы «суррогатное материнство» (ЭКО-СМ) и у 55 женщин беременность наступила после ЭКО с собственными ооцитами (ЭКО-СО).

Результат

Результаты нашего исследования показали, что частота преэклампсии была значительно выше в группе ЭКО-ДО (23,3% против 7,1% и 10,9% соответственно; $p < 0,05$). Гестационная артериальная гипертензия также диагностировалась чаще в группе ЭКО-ДО (31,7% про-

тив 10,2% и 9,1% соответственно; p <0,05). Течение беременности полностью аллогенным плодом (ЭКО-ДО и ЭКО-СМ) сопряжено с высокой частотой преждевременных родов (56,7% и 56,1%; p <0,05), преждевременной отслойки плаценты (10,0% и 4,1%; p <0,05). Стоит отметить, что 30% всех случаев преждевременной отслойки плаценты в группе ЭКО-ДО произошли на фоне преэклампсии.

Заключение

Основываясь на данных нашего исследования и существующей литературы, мы полагаем, что реципиенты ооцитов, не зависимо от возраста, должны быть отнесены к группе высокого риска по акушерским осложнениям. Акушерам-гинекологам и репродуктологам следует заранее информировать женщин, вступающих в программы ЭКО-ДО или суррогатное материнство, о высоких рисках акушерских осложнений. Женщинам, планирующим ЭКО с использованием донорских ооцитов, рекомендовать перенос одного эмбриона хорошего качества с проведением преимплантационной генетической диагностики.

СВЕРХРАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВА

Лебедева Н.В., Каткова Н.Ю., Гусева О.И., Морозова Ю.В.

г. Нижний Новгород
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность

Проблема сверхранних преждевременных родов (СПР) является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве, ввиду высокого риска неонатальной заболеваемости, инвалидности и младенческой смертности.

Цель

Изучить причины и оценить исходы СПР в условиях перинатального центра.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 40 историй СПР, проведенных в Областном перинатальном центре «ГКБ №40» с января по ноябрь 2020 года.

Результат

На основании проведенных исследований установлено, что значимыми анамнестическими факторами риска СПР являются возраст беременных 35лет и более (25%), наличие абортов и самопроизвольных выкидышей (30%), преждевременных родов (30%),

оперативных вмешательств на матке и шейке матки (34%). При анализе течения данной беременности выявлено, что серьезными факторами риска являются цервико-вагинальная инфекция (40%), маточные кровотечения (40%), ИЦН (27,5%). СПР – это мультифакторное заболевание, 67,5% пациенток имели несколько факторов риска.

Профилактика СПР проведена 55% беременным. Основным методом профилактики были гестагены. Прогестерон в группах риска СПР применялся с 5-6 недель у 31,8% беременных, с 12 недель и более после определения короткой шейки матки при ТВ УЗИ – у 68,2% пациенток. Беременным с ИЦН своевременно проведена коррекция: в 22,7% случаях наложен шов на шейку матки, 27% – установлен акушерский пессарий.

СПР, инициированные преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО) произошли у 35% пациенток, истинные СПР – у 45%. Элективное родоразрешение выполнено 20% беременных. Проведено 23 родов (57,5%) через естественные родовые пути и 17 родов (42,5%) с помощью операции кесарево сечение. Показаниями к оперативному родоразрешению послужили ПРПО и длительный безводный период (29,4%), хориоамнионит (17,6%), поперечное положение плода и выпадение петли пуповины (5,9%), тяжелая преэклампсия (29,4%), фетоплацентарная недостаточность в стадии декомпенсации (11,8%), кровотечение при предлежании плаценты (5,9%).

Беременным со СПР было выполнено культуральное исследование мазка из цервикального канала и выявлены микроорганизмы: Staphylococcus aureus (40%), Escherichia coli (30%), Enterococcus faecalis (12,5%), Streptococcus agalactiae (5%), Klebsiella pneumoniae (5%). Бактериальный вагиноз имел место у 5% беременных. Микст инфекция наблюдалась у 40% пациенток со СПР. При выявлении патогенной микрофлоры проводилась антибактериальная терапия с учетом чувствительности к антибиотикам.

Родилось 43 ребенка, из них 6 мертворожденных (14,6%) и 37 живых детей (85,4%). Из 37 новорожденных 10 детей (27%) умерли в раннем неонатальном периоде, 6 детей (16,2%) – с 8 по 28 сутки, 21 ребенок (56,8%) жив по настоящее время. При анализе неонатальной заболеваемости выявлено, что у 32 детей (86,5%) наблюдался РДС, у 25 детей (67,6%) – тяжелая ишемия ЦНС, у 21 ребенка (56,8%) – внутриутробная инфекция, у 15 детей (40,5%) – геморрагический синдром.

Заключение

Все беременные со СПР имели высокий риск невынашивания беременности. Инфекционный фактор является ведущим в развитии СПР. При СПР наблюдается высокий уровень неонатальной заболеваемости и смертности, что требует поиска новых методов прогнозирования и профилактики СПР.

Ретроспективный анализ историй родов 40 женщин, госпитализированных в перинатальный центр города Нижнего Новгорода в связи с очень ранними преждевременными родами, был проведён для оценки факторов риска, способа родоразрешения, исхода родов в этой группе пациенток. Ведущим фактором для развития очень ранних преждевременных родов явилась инфекция.

A retrospective cohort study including 40 women who were hospitalized in Nizhny Novgorod perinatal center in 2020 was done in order to reveal risk factors, etiology, mode of delivery and labor outcomes of very early preterm labor (22 to 27 weeks of gestation). The infection was found to be a leading etiologycal factor.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ

Линева О.И., Казакова А.В., Цыганова М.А., Гулецкая Л.И.

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара
ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», Самара, Россия

Актуальность

Особое место в решении актуальных проблем здравоохранения занимает совершенствование работы ПМСП соответствии с задачами Национального проекта «Здоровье».

Цель

Целью данного исследования является оценка эффективности, разработанной более 25 лет назад, холистической модели взаимодействия акушерской службы с кардиологической после создания кардио – акушерского дневного стационара (КАДС) на базе Самарского областного клинического кардиологического диспансера (СОККД).

Материалы и методы

Проведен анализ статистической отчетности демографических показателей и качества работы данного учреждения здравоохранения в целом за период 2015 -2020 гг. с вычислением экстенсивных, интенсивных показателей с учетом данных внешнего и внутреннего аудита.

Результат

Частота экстрагенитальных заболеваний у беременных Самарской области составля-

ет 84,5%, из них доля сердечно-сосудистой патологии – 10,1%. В соответствии со шкалой межрегиональных рисков, Самарский регион по частоте всех врожденных пороков развития (ВПР) отнесен к территориям с высоким риском (VR=0,82), а по уровню ВПС – с умеренным риском (VR=0,45). В 2020 г. первое место занимает ДМЖП (30,70%), второе-МПП (25%). Всем беременным по заключению перинатального консилиума проводилась прегравидарная подготовка, хирургическая коррекция пороков сердца по показаниям (55,9%), диспансеризация, а также хирургическая коррекция ВПС в неонатальном периоде. Изучена также частота (13-15%) и структура нарушений ритма и проводимости у женщин Самарской области с использованием единого электронного документооборота, созданного в КАДС СОККД. Структура нарушений ритма представлена следующим образом: экстрасистолия – 55-60%; WPW – 11-14%; пароксизмальная тахикардия – 16-17%; атриовентрикулярная блокада – 5-7%; миграция водителя ритма – 3-8%. Радикальная коррекция нарушений ритма включала выполнение РЧА до наступления беременности (32%) и имплантацию ЭКС (4,9%). Частота акушерских осложнений снижена в 1,5-2 раза. В 2020 году продолжена работа в рамках проекта «Бережливое производство», «Бережливая поликлиника». «Открытое сердце», разработана и прописана маршрутизация пациенток, исключающая многократное возвращение пациентов в кабинет врача, в отделение ОФД, в поликлинику; карта администратора, позволяющая эффективно направлять пациентов на обследования; «Путеводитель» для пациентов и т.д.

Заключение

Таким образом, научно обоснованная программа междисциплинарного взаимодействия, системы мониторинга и электронного документооборота является основой для преемственности в работе специалистов амбулаторно-поликлинического и стационарного профиля.

Исследование позволило выявить эффективность разработанной ранее холистической модели междисциплинарного взаимодействия, направленной на охрану здоровья женщин с кардиологической патологией с учетом стратегических задач Национального проекта.

The investigation made it possible to elicit efficacy worked early holistic model of interdisciplinary cooperation of reproductive health care women with cardiologic pathology take into account of strategy National project.

СОДЕРЖАНИЕ УРОВНЯ ВИТАМИНА Д3 У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Магомедова Г.А., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х., Абусуева Б.А.

г. Махачкала
ГБУ РД «Гунибская ЦРБ»

Актуальность

Менопауза является физиологическим периодом в жизни женщины, однако гормональные и биохимические изменения, происходящие в организме, у 48% женщин приводят к развитию климактерического синдрома разной степени выраженности. К моменту наступления менопаузы большинство женщин имеют сопутствующие заболевания, ухудшающие течение климактерического синдрома. Одно из первых мест среди причин заболеваемости, смертности и инвалидности в мире занимают сосудистые заболевания головного мозга. Согласно результатам эпидемиологических исследований установлено, что частота их постоянно возрастает. Смертность от мозгового инсульта занимает второе место в структуре общей смертности населения, уступая только кардиальной патологии.

Климактерический синдром выступает фактором риска развития цереброваскулярной патологии, одновременно наличие нарушений мозгового кровообращения ухудшает течение климактерического периода. Установлено, что у женщин в климактерическом периоде распространенность сосудистых заболеваний головного мозга составляет около 43%. Тяжелое течение климактерического синдрома приводит к раннему формированию поздних и тяжелых форм цереброваскулярной патологии. Несмотря на многочисленные экспериментальные и клинические исследования, существенный прогресс в понимании этиологии и патогенеза возникновения хронической ишемии головного мозга, успехи в консервативном лечении данной патологии, летальность и инвалидизация больных при осложненном течении остаются весьма высокими. Одним из таких грозных осложнений является острое нарушение мозгового кровообращения. Частота ОНМК составляет 4-30% и не имеет тенденции к снижению, а летальность достигает 5-18%. В условиях возрастного снижения половых гормонов, в основе ряда патологических состояний и заболеваний у женщин постменопаузального периода лежит дефицит витамина D. Мировая распространенность дефицита и недостаточность витамина D охватывает более миллиарда людей во всем мире. Уровень витамина Д ниже 30 нг/мл в крови женщин репродуктивного и постменопаузального возраста оценивается более чем у 50% обследуемых.

Важность определения статуса витамина Д у пациенток с нейровегетативными и психоэмоциональными проявлениями климактерического синдрома недостаточно освещена,

однако, своевременное восполнение витамина Д будет способствовать значительному улучшению многих показателей здоровья и качества жизни женщин раннего постменопаузального периода. Старение населения в целом требует лучшего понимания связанных с возрастом метаболических последствий.

Цель

Изучить содержание витамина Д3 у женщин в постменопаузе с хронической ишемией головного мозга.

Материалы и методы

Нами было обследовано 120 женщин, из которых 80 женщин с хронической ишемией головного мозга. Все женщины подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании, одобренном локальным этическим комитетом. Исследование определения уровня витамина Д3 выполняется методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с тандемным масс-спектрометрическим детектированием (ВЭЖХ-МС/МС). Для исследования используют венозную кровь, не принимать пищу в течение 2-3 часов до исследования, можно пить чистую негазированную воду.

Результат

Средний возраст женщин составил в первой и второй группах 55 ± 4года. Нормальный уровень витамина Д3 составляет выше 30 нг/мл. В первой группе наблюдалось снижение уровня витамина Д3 менее 18 нг/мл, в то время как в группе контроля уровень витамина Д3 составляло 26 нг/мл.

Заключение

Таким образом, у женщин менопаузального периода с хронической ишемией головного мозга установлено достоверно значимое снижение уровня витамина Д3, что необходимо учитывать при проведении комплексной терапии.

К ВОПРОСУ ОБ ОПЫТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ РОДАХ

Мамаева С.М., Хашаева Т.Х-М., Абусуева З.А., Стефанян Н.А., Алиева С.А., Одаманова М.А., Аллахкулиева С.З., Айсаева Б.М.

г. Махачкала
Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность

Одним из распространенных и популярных методов обезболивания в родах является

эпидуральная анестезия (ЭДА). Главной целью этого метода анестезии родов является снижение или полное устранение болевых ощущений, что в конечном итоге делает роды комфортными для матери и безопасными для новорожденного. Показания для проведения эпидурального обезболивания родов достаточно варьируют. Эффективность ЭДА как средства купирования боли при родах не вызывает сомнения, а вот его влияние на сам родовой акт, состояние роженицы и плода на данный момент остаются недостаточно изученными.

Цель

Целью настоящего исследования явилось изучить влияние эпидуральной анестезии при родах.

Материалы и методы

Был проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов, раннего послеродового периода у 58 женщин и состояния плода при рождении, которым в родах через естественные родовые пути проводилась эпидуральная анестезия. Данный анализ проводился по данным историй родов родильного отделения родильного дома №2 г. Махачкалы. Возраст женщин был от 18 до 45 лет. Первородящих было 23 (41,7%) женщины, из них возрастных – 6 (27,2%).

Результат

Наличие экстрагенитальной патологии выявлено у 41 (71,4%) женщин, среди которых преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы – у 31 (54,2%), хронический пиелонефрит у 24 (42,8%), гипотиреоз – у 6 (11,4%), варикозное расширение вен нижних конечностей – у 6 (11,4%), миопия – у 4 (5,7%).

Процент заболеваний женских половых органов : мочеполовые инфекции – 26 (46,3%), хронический аднексит – 20 (36,6%), эрозия шейки матки – 17 (31,7%), кольпит-16 (29,2%). Во время беременности основными осложнениями были: угроза прерывания беременности у 38 (67,3%),хроническая фетоплацентарная недостаточность – у 37 (65,3%), анемия – у 31 (55,1%), преэклампсия- у 19 (34,7%), Rh(-) принадлежность крови без титра Ат- у 4 (8,1%), изосенсибилизация по системе АВО с титром Ат 1:2 – у 2 (5%) пациенток. У первородящих средняя про-должительность первого периода родов составила 7 ч 15 мин., второго – 45 мин., третьего – 9 минут. У повторнородящих средняя продолжительность первого периода родов составила 7 ч 15 мин., второго – 35 мин., третьего – 9 мин. Из осложнений родов выявлены: угроза разрыва промежности – у 18 (36,7%), несвоевременное излитие околоплодных вод- у 9 (18,3%). У всех рожениц послед выделился самостоятельно. Кровопотеря в родах составила от 250 до 350 мл. Состояние новорожденных по шкале Апгар оценивалось в 8-9 баллов. Вес детей составил от 2800 до 3900 г. Роды в 100% случаев завершились через естественные родовые пути с благоприятным исходом для плода.

Заключение

Данные ретроспективного анализа позволяют согласиться с данными литературы о том, что метод ЭДА является «золотым стандартом» обезболивания родов, но так как некоторые аспекты влияния ЭДА на организм матери требуют дальнейшего изучения, оптимальнее оставить вопрос выбора метода обезболивания родов за Вашими врачами – врачом-акушером и врачом-анестезиологом, которые берут на себя ответственность за здоровье и жизни Вас и Вашего будущего ребенка.

ЖЕЛЕЗА (III)-ГИДРОКСИД-ПОЛИМАЛЬТОЗНЫЙ КОМПЛЕКС В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Мамаева С.М., Хашаева Т.Х-М., Абусуева З.А., Стефанян Н.А., Алиева С.А., Одаманова М.А., Аллахкулиева С.З., Айсаева Б.М.

г. Махачкала
Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность

Актуальность проблемы железодефицитной анемии (ЖДА) обусловлена невозможностью нормального функционирования организма человека в условиях дефицита железа. ЖДА является наиболее частой формой среди всех анемий детского возраста. По данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) дефицит железа, в той или иной степени выраженности, имеется почти у 30% населения планеты. Наибольший риск развития железодефицитной анемии, особенно в развивающихся странах, и это подчеркивается большинством исследователей, имеют дети раннего и пубертатного возраста, а также женщины детородного периода.

Частота анемии, по данным Минздрава России, за последние 10 лет увеличилась в несколько раз. Однако истинная частота железодефицитной анемии в детской популяции неизвестна и по данным разных авторов, распространенность ее колеблется от 5,0% до 54%.

Цель

Целью настоящего исследования явилась оценка опыта эффективности применения железа (III)-гидроксид-полимальтозного комплекса в лечении железодефицитной анемии у девушек-подростков.

Материалы и методы

Нами обследовано 475 девушек-подростков с определением у них общего анализа крови,

в результате которой сформировалась основная группа, состоящая из 110 девушек-подростков в возрасте от 12 до17 лет. Целесообразным явилось разделение девушек на возрастные промежутки: основная группа – 56 девушек в возрасте 12-14 лет и 74 девушки в возрасте 15-17 лет.

Результат

Препарат железа (III)-гидроксид-полимальтозного комплекса по 1 таблетке 3 раза в день до нормализации уровня гемоглобина принимали девочки-подростки основной группы, а в течение последующих 8 – 12 недель дозировалась поддерживающая терапия (по 1 таблетке 2 раза в день). Первые 3 – 5 дней назначали половинную дозу железа, в связи с возможным развитием идиосинкразии к препарату. Эффективность лечения определяли по ретикулоцитарному кризу на 10 – 14 день применения препарата железа, нарастанию гемоглобина на 3 – 5 г/л в неделю. Коррекция гормонального фона проводилась комбинированными эстроген-гестагенными препаратами (ярина, марвелон, нон-овлон), являющиеся препаратами выбора в лечении подростков. Лечение длилось 21 день, начиная с первого дня менструального кровотечения, с семидневным перерывом и продолжалось в течение последующих 3 месяцев. При лечении ювенильных маточных кровотечений (ЮМК) была выполнена как остановка маточного кровотечения, так и нормализация менструальной функции.

Проведенное нами комплексное лечение (гемостатические и в отдельных случаях гормональные средства в сочетании с препаратами железа) привело к положительному результату у девушек-подростков обеих основных групп. Достоверные различия выявлены во всех показателях крови до и после лечения: 1 группа – повышение гемоглобина на 24,7%, эритроцитов на 8,8%, цветного показателя (ЦП) на 10,9%, сывороточного железа (СЖ) на 38,4%, сывороточного ферритина (СФ) на 44,6%, коэффециента насыщения трансферрина (КНТ) на 41,6%, снижение общей железосвязывающей способности (ОЖСС) на 14,4% и эритропоэтина на 30,6%; 2 группа – повышение гемоглобина на 42,7%, эритроцитов на 5,4%, ЦП на 18,1%, СЖ на 84,6%, СФ на 83,7%, КНТ на 122,3%, снижение ОЖСС на 14,6% и эритропоэтина на 77,6%. Индексы отношений основных гормонов до лечения и после лечения (фолликулостимулирующий гормон (ФСГ)/ лютеинизирующий гормон (ЛГ) и эстрадиол/прогестерон) также имели положительную динамику: 1 группа – до лечения 0,67 и 20,8; после- 0,79 и 11,92 соответственно; 2 группа- до лечения 0,61 и 18,72; после 1,1 и 11,16 соответственно.

Заключение

Результаты данного исследования обосновывают эффективность применения железа (III)-гидроксид-полимальтозного комплекса в лечении железодефицитной анемии у девушек-подростков.

КОМОРБИДНЫЕ С КАНДИДОЗНЫМ ВУЛЬВОВАГИНИТОМ, СОСТОЯНИЯ ЖКТ

Матвеева Э.В.

г. Краснодар
ООО «Современные диагностические технологии»

Актуальность

Рост коморбидных состояний, способствующих торпидности терапии каждого из патологических процессов заставляет искать новые модели обследования пациентов и начало терапии в макисмально сжатые сроки. УЗ-ассоциированный прием с комплексной оценкой коррелятивных связей позволяет выявить наличие коморбидных состояний, оценить степень метаболических нарушений, что напрямую связано с дефицитом микроэлементов, нарушением фармакокинетики лекарственных препаратов, поддержанием латентного микоз-ассоциированного воспаления гениталий, способствует своевременной коррекции патологических ассоциированных состояний.

Цель

Анализ возможных коморбидных состояний желудочно- кишечного тракта при выявлении рецидивирующего кандидозного вульвовагинита.

Материалы и методы

Проанализированы карты 90 пациенток, обратившихся амбулаторно по поводу рецидива генитального кандидоза в 2019 году. Средний возраст 40,8±10,2 года.

Результат

Индекс объем талии/объем бедер превышал 0,86 у 79 (88%) пациенток, составив в среднем 1,6±0,47 при повышении с возрастом (r=0,73 при p<0,01). Уровень холекальциферола ≦30 нг/мл у 85 (94%) с отклонением 15,2±7,8 нг/мл. Гликированный гемоглобин ⩾5,6% зарегистрирован у 23 (26%) пациенток. Гастроэзофагеальный рефлюкс выявлен в 100% случаев при УЗИ с объемом рефлюксата 18±7,7мл, верифицирован при ЭГДС. Дрожжеподобная флора, в т.ч. грибы рода Candida, в копрограмме выявлены у 74 (82%) пациенток Кальпротектин в кале > 50 мкг/л у 46 (51%) женщин, составив в среднем 86,5±36,5 мкг/л, что коррелирует с УЗ -признаками воспалительных изменений толстого кишечника: толщина стенки ободочной кишки выше 5мм (r=0,56 при p <0,01) и индекс резистентности сосудов стенки ободочной кишки выше 0,66 (r=0,42 при p<0,01). При верифицирующей эндоскопии у 27 (30%) пациенток выявлено тяжелое повреждение кишечника (болезнь Крона и НЯК-корреляция с Уз-признаками p=0,01, дивертикулиты ободочной -p=0,002 и сигмовидной -p<0,00001 кишки). Степень тазовой веноконгестии коррелирует с глубиной поражения

ободочной кишки (r=0,22 p<0,01) и степенью сигмоидита (r=0,25 p=0,001).

Заключение

Комплексная оценка коррелятивных связей, УЗ-ассоциированный прием позволяет выявить наличие коморбидных состояний, оценить степень метаболических нарушений, что напрямую связано с дефицитом микроэлементов, нарушением фармакокинетики лекарственных препаратов, поддержанием латентного микоз-ассоциированного воспаления гениталий, способствует своевременной коррекции пат-ассоциированных состояний.

Ultrasound-associated visit with a complex assessment of correlations makes it possible to reveal the presence of comorbid conditions, to assess the degree of metabolic disorders, which is directly related to a deficiency of trace elements, a violation of the pharmacokinetics of medications, the maintenance of latent mycosis-associated inflammation of the genitals, contributes to the timely correction of pathological associated conditions.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АУТОАНТИТЕЛ ДЛЯ РАННЕГО УГРОЖАЮЩЕГО ВЫКИДЫША

Менжинская И.В., Ионанидзе Т.Б., Ванько Л.В., Тетруашвили Н.К., Кречетова Л.В.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Антифосфолипидные антитела (аФЛ), аутоантитела к гормонам (хорионическому гонадотропину человека (ХГЧ), прогестерону (ПГ)) и компоненту комплемента C1q часто выявляются у женщин с ранними потерями беременности. Определение антител (M, G) к кардиолипину (КЛ), β2-гликопротеину-I (β2-ГП-I) и волчаночного антикоагулянта, которые относятся к лабораторным критериям антифосфолипидного синдрома (АФС), включено в обследование женщин с привычным выкидышем. Однако у серонегативных пациенток часто выявляются некритериальные аФЛ, такие как IgA-антитела к β2-ГП-I, антитела к комплексу фосфатидилсерин/протромбин (ФС/ПТ) и фосфатидилэтаноламину (ФЭ). Кроме того, недавно показана ассоциация антител к ХГЧ, ПГ и C1q с привычным выкидышем.

Цель

Определить диагностическое значение аутоантител и выявить факторы риска для угрожающего выкидыша у женщин с ранними потерями беременности.

Материалы и методы

В исследуемую группу вошли 80 женщин с ранними потерями беременности, проходивших обследование и лечение в НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова, со средним возрастом 31,5±5,6 лет и числом потерь 2,3±1,3 случаев в сроке 7,5 ±1,4 недель гестации, из них 31 (38,8%) женщина вне беременности и 49 (61,3%) беременных, включая 29 женщин с угрозой прерывания в I триместре (подгруппа 1) и 20 женщин без угрозы (подгруппа 2). Критерии исключения составляли: пороки развития половых органов, беременности после программ ВРТ, носительство хромосомных перестроек, тяжелые соматические заболевания, аутоиммунная патология, генетические аномалии у плода. С помощью иммуноферментного анализа в сыворотке крови женщин определяли антитела (M, G, A) к КЛ и β2-ГП-I, антитела (M, G) к ФЭ, ФС/ПТ, IgG-антитела к C1q с применением наборов ORGENTEC Diagnostika и IBL International (Германия), антитела (M, G) к ХГЧ и ПГ с использованием разработанных модификаций, препарата ХГЧ, конъюгата прогестерон3-(О-карбокси-метил)оксим-БСА (Sigma-Aldrich, США), меченных пероксидазой хрена моноклональных антител против IgM, IgG человека (ХЕМА, Россия).

Результат

Антитела (M, G) к гормонам были найдены у 40-45% женщин с ранними потерями беременности, антитела к β2-ГП-I, КЛ, ФЭ, ФС – у 23,8%-33,8%, к ФС/ПТ – значимо реже у 11,3% женщин. У 10% женщин единственными аФЛ были антитела к ФЭ, у 3,8% – антитела к ФС/ПТ. IgA-антитела к β2-ГП-I обнаруживались чаще (у 16,3%), чем IgA-антитела к КЛ (у 6,3%) (P=0,046). Эти антитела часто выявлялись у беременных с угрожающим выкидышем (у 27,6%) и были единственными обнаруженными аФЛ у 8,5% беременных. В подгруппе 1 медианные уровни аФЛ, антител к гормонам и C1q были выше, чем в подгруппе 2. Высокие значения отношения шансов были получены для IgG-антител к β2-ГП-I, ФЭ, IgG- и IgM-антител к ПГ (OR=10-19, P<0,05). По данным ROC-анализа, определение IgA- и IgG-антител к β2-ГП-I, IgG-антител к КЛ, C1q, ХГЧ, IgM-антител к ПГ при угрожающем выкидыше характеризовалось высокой чувствительностью (65,5-72,4%), специфичностью (68,4-79%) и площадью под кривой (0,707-0,768).

Заключение

Антитела к β2-ГП-I, КЛ, гормонам и C1q имеют высокую диагностическую значимость для угрожающего выкидыша у женщин с ранними потерями беременности. Антитела к β2-ГП-I, ФЭ и ПГ являются факторами риска этого осложнения беременности. Обнаружение антител к ФЭ, ФС/ПТ, IgA к β2-ГП-I способствует повышению эффективности диагностики АФС.

Резюме

Женщины с ранними потерями беременности характеризуются повышенной продукцией аФЛ, антител к гормонам и C1q. Эти антитела имеют высокую диагностическую значимость и являются факторами риска для угрожающего

выкидыша. Определение некритериальных аФЛ обеспечивает идентификацию значительной части пациенток с АФС.

Women with early pregnancy losses are characterized by increased production of aPL, antibodies to hormones and C1q. These antibodies have a high diagnostic value and are risk factors for threatened miscarriage. The detection of non-criteria aPL provides identification of a considerable proportion of patients with APS.

МАРКЕРЫ «ТОНКОГО» ЭНДОМЕТРИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С НЕУДАЧАМИ ЭКО

Мирзаева Д.М., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х.

г. Махачкала
ООО «Акрополь», ООО «Целитель»

Актуальность

Проблема бесплодия и невынашивания беременности является одной из наиболее актуальных в гинекологии, поскольку имеет не только медицинское, но и большое социальное значение. Нарушение полноценной имплантации человеческого эмбриона в связи с нерецептивным эндометрием является наиболее значимой причиной репродуктивных неудач ВРТ. Известно, что адекватная степень васкуляризации – главная предпосылка для нормальной функции эндометрия. Исследования последних лет позволили выявить тесную взаимосвязь между патологиями репродуктивной системы и нарушениями процессов ангиогенеза. Гистологические критерии тонкого эндометрия в настоящее время не выработаны. Тем не менее при иммуногистохимическом исследовании выявляется ряд изменений, которые характеризуют это патологическое состояние слизистой оболочки тела матки. Патофизиологические особенности тонкого эндометрия состоят в недостаточном росте железистого эпителия, высоком сопротивлении в маточном кровотоке, уменьшении экспрессии фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) и бедном образовании сосудов. Продуцируемый эпителиоцитами эндометриальных желез а2-микроглобулину фертильности (АМГФ), является мощным иммуносупрессором, защищающим хориальный мешок и эмбрион от иммунного ответа материнского организма. Любой патологический процесс, нарушающий функциональное состояние эндометрия, сопровождается снижением выработки фертильных факторов с нарушением адаптивных свойств организма и приводит к расстройству процессов имплантации и плацентации, отсутствию наступления беременности в спонтанных циклах и циклах лечения методами вспомогательных репродуктивных технологий.

Цель

Оценить состояние эндометрия пациенток с «тонким эндометрием» и бесплодием на ос-

новании иммуногистохимического исследования с учетом выраженности экспрессии рецепторов к VEGF и определения АМГФ в менструальной крови.

Материалы и методы

Первую группу составили 50 женщин с бесплодием, обусловленные «тонким» эндометрием, вторая группа - группа контроля – 20 здоровых фертильных женщин. Все женщины подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании, одобренном локальным этическим комитетом. Одни образцы были взяты в секреторную фазу цикла методом Пайпель-биопсии. Другие – методом взятия менструальной крови в течение трех менструальных циклов. Микроскопию проводили с учетом выраженности экспрессии рецепторов к фактору роста эндотелия сосудов (VEGF). Результаты реакции рецепторов к эстрогенам и прогестеронам идентифицировались по ядерному или мембранному окрашиванию клеток для соответствующих маркеров с оценкой процента окрашенных клеток и интенсивностью их окраски. Экспрессию VEGFR3 определяли в эпителии, строме эндометрия и эндотелии сосудов. Определение АМГФ менструальной крови проводили на 2 день менструального цикла и его диагностика методом иммуноферментного анализа.

Результат

Средний возраст женщин был сопоставим и составил в первой и второй группах 27,5±4,00 и 29,5±5,5 года, соответственно. Женщины с тонким эндометрием в среднем имели бесплодие в течение 6,5±2,5 года. Полученные нами данные были подтверждены при оценке экспрессии факторов ангиогенеза и оценке количества капилляров. Функциональная активность эндометрия определяется количеством специфического белка фертильности, А2МГФ иммуноферментным методом. Для нормальной функции яичников уровень А2МГФ в менструальной крови на 2-й день МЦ равен 16000-70000нг/мл. В первой группе наблюдалось снижение АМГФ менее 2000-12000нг/мл, в то время как у женщин в группе контроля уровень АМГФ составлял 18000-67000нг/мл. В образцах женщин первой группы наблюдалось снижение экспрессии VEGFR3, как клетками желез, так и клетками стромы, которое составило 116±12,4 и 26±3,4 балла соответственно, в то время как во второй группе женщин без репродуктивных нарушений – 224±30,1 и 161±21,3 балла соответственно.

Заключение

Таким образом, у женщин с гипоплазией эндометрия и бесплодием установлено снижение уровня экспрессии VEGF в биоптатах эндометриальной ткани и АМГФ в менструальной крови, что необходимо учитывать с целью дальнейшей оптимизации лечения женщин с «тонким» эндометрием.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОК, ВСТУПИВШИХ В ВРТ

Мицеля Е.В., Самойлова Ю.Г., Матвеева М.В., Петров И.А., Куликова К.В., Давыдова М.С., Раткина К.Р.

г. Томск
ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

Актуальность

Наблюдается неуклонный рост применения протоколов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) для лечения бесплодия в парах. В связи с этим имеется необходимость улучшения персонализированного подхода для лечения бесплодным пар.

Цель

Провести ретроспективный анализ метаболических и гинекологических данных пациенток, вступивших в ВРТ в зависимости от варианта бесплодия.

Материалы и методы

Было проанализировано 43 историй болезни пациенток в возрасте 18-45 лет с различными формами бесплодия, проходивших лечение в период с 2017 по 2019 год на базе центра Вспомогательных репродуктивных технологий ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. Все женщины были разделена на 4 группы в зависимости от вида бесплодия: трубно-перитонеальное, мужской фактор, неуточненное и ановуляторное. В ходе работы оценивали параметры гормонального профиля, акушерско-гинекологический анамнез, протокол ВРТ. Статистический анализ проводился с использованием пакета данных STATISTICA 10.0.

Результат

Для пациенток с мужским фактором было характерно – более позднее начало половой жизни и менархе (p=0,007, t=-3,1), а также низкий уровень тиреотропного гормона (ТТГ) (p=0,02, U=11,0) и высокий показатель М-эхо (p=0,04, U=11,5), что возможно связано с другими причинами бесплодия, не только фактор партнера. Ановуляторное бесплодие ассоциировано с более высокими уровнями лютеинизирующего гормона (ЛГ) (p=0,02, t=-2,6), меньшей стартовой и суммарной дозой фолликулостиммулирующего гормона (ФСГ) (p=0,02, t=2,7). В других группах бесплодия не было выявлено значимых изменений. Доза ФСГ зависит от следующих факторов – номер попытки (p=0,03, R=0,4) , длительности бесплодия (p=0,009, R=0,5), возраст начала половой жизни (p=0,04,R=0,4), продолжительность цикла (p=0,03, R=-0,4) , уровня антимюллерова гормона (p=0,03, R=-0,4) и ТТГ (p=0,002,R=-0,6), индекса массы тела (ИМТ) (p=0,009, R=0,5). Количество ооцитов было связано с наличием замерших беременностей (p=0,02, R=-0,4), количеством родов в ана-

мнезе (p=0,006, R=0,5), продолжительностью менструального цикла (p=0,02, R=0,4), а дальнейшее развитие эмбрионов от уровня ФСГ и эстрадиола (p=0,04, R=-0,4).

Заключение

Для пациенток с различными факторами бесплодия необходим индивидуальный подход в лечении. Важно учитывать анамнез пациентки и гормональный статус для лучшего достижения результата.

ВЫЯВЛЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ С БЕСПЛОДИЕМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Морева Ж.Г.[1], Миронов А.Ю.[1], Васильев М.М.[2], Гончаров Д.Б.[3], Сащенко В.П.[4]

1. ФБУН МНИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора, Москва
2. ФГБУ ГНЦ дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения, Москва
3. ФГБУ ФНИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи Министерства здравоохранения, Москва
4. ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Иваново», Иваново

Актуальность

Инфекционно-воспалительные процессы гениталий, нарушающие процесс пенетрации сперматозоидов, являются одной из центральных причин бесплодия у супругов. Инфекции вызывают репродуктивные нарушения в виде обструкции семявыносящих протоков у мужчин и непроходимости маточных труб у женщин. Известны возбудители, способные напрямую приводить к бесплодию: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Ureaplasma urealyticum, урогенитальные микоплазмы. Однако, не последнюю роль в возникновении бесплодия у мужчин, играет и Trichomonas vaginalis. T. vaginalis способствует созданию благоприятных условий для колонизации простаты условно-патогенными бактериями. Поставленная проблема актуальна ещё и в том, что подозрение на инфекцию у мужчин, особенно на трихомониаз, может быть не связано с характерными клиническими признаками заболевания, а выявление возбудителя затруднено.

Цель

Выявить сочетанную инфекцию мочеполовых органов у супружеской пары с бесплодием.

Материалы и методы

Описывается клинический случай первичного бесплодия у супругов.

Результат

Пациент Б.А.Б., возраст 33 года, его супруга пациентка Б.Е.В., возраст 33 года. При регулярной половой жизни более трёх лет в браке планированная беременность не наступала. При клиническом обследовании у пациентки выявлен хронический двухсторонний сальпингоофорит, спаечная болезнь органов малого таза, кандидозный вагинит. В анамнезе диагностированы: НМЦ, эктопия шейки матки, трихомонадный кольпит, эндоцервицит, аденомиоз, папилломавирусная инфекция, ВПЧ 35 и 58 тип. Пациентка длительно лечилась по поводу неспецифического вагинита, анаэробного вагиноза, кандидозного вагинита. Выявлены сопутствующие заболевания. В лабораторных анализах: в анализе крови выявлялись повышенное СОЭ, лейкоцитоз, лимфопения; в анализе мочи – лейкоцитурия и бактериурия. При микроскопическом исследовании отделяемого влагалища и шейки матки выявлены грамположительные кокки с преобладанием рода Staphylococcus, грибы рода Candida, в шейке матки наблюдался воспалительный процесс. В микробиоценозе урогенитального тракта (тест Фемофлор) диагностирован анаэробный дисбиоз с преобладанием Gardnerella vaginalis, U. urealyticum, рода Candida, рода Streptococcus. При использовании лабораторных методов микроскопического, культурального, РНИФ из влагалища и шейки матки была выделена T. vaginalis. Методом ИФА из сыворотки крови выявлены в диагностически значимом титре антитела Ig G к Lamblia intestinalis, Ascaris lumbricoides, Candida albicans, Aspergillus fumigatus, Borrelia burgdorferi, ВПГ1, ВПГ2, ЦМВ, ВЭБ, ВГЧ 6, Pneumocystis carinii. При клиническом обследовании у пациента выявлен хронический паренхиматозный простатит. Пациент жалоб не предъявлял, указывал на снижение либидо. Сопутствующие заболевания: в пищеварительной системе, ожирение. В анамнезе–передний трихомонадно-микоплазменный уретрит. В лабораторных анализах у пациента выявлялись гиперпролактинемия, высокий уровень ГСПГ, в настоящий момент наблюдается низкий уровень тестостерона, высокий уровень инсулина. В спермограмме наблюдалась олигоспермия, бактериоспермия. В соскобе из уретры методом ПЦР выявлены G. vaginalis и U. urealyticum в большом титре. При использовании комплекса лабораторных методов из эякулята была выделена T.vaginalis. Методом ИФА из сыворотки крови пациента выявлены антитела Ig G в диагностически значимом титре к Mycoplasma pneumonia, Ch. pneumonia, Ch. trachomatis, L. intestinalis, As. lumbricoides, Toxoplasma gondii, C. albicans, A. fumigatus, ВПГ1, ВПГ2, ЦМВ, ВЭБ.

Заключение

Пациенты с бесплодием значительно инфицированы разнообразными бактериальными возбудителями, вирусами, простейшими и паразитами.

Резюме

Инфекционный фактор является ведущей причиной бесплодия у супружеских пар. Рассматривается клинический случай инфицирования супругов, планирующих рождение ребёнка, смешанной протозойно-бактериально-вирусной инфекцией

на фоне паразитарной инвазии с диагнозом первичного бесплодия.

The infectious factor is the leading cause of infertility in married couples. A clinical case of infection of spouses planning to have a child, with mixed protozoal, bacterial, and viral infection associated with parasitic invasion and the diagnosis of primary infertility is analyzed.

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ТРОМБОФИЛИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИИ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Мухтарова М.М., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х-М., Стефанян Н.А., Маммаева С.М.

г. Махачкала
Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего образования медицинский колледж Дагестанского государственного медицинский университета (ФГБОУ ВО МК ДГМУ)

Актуальность

Тромбофилия в акушерской практике на протяжении последних двух десятилетий завоевала прочные позиции и ассоциируется не только с развитием венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), но и с целым спектром акушерских осложнений. Того или иного генеза тромбофилия выявляется у 80% пациенток с различными акушерскими осложнениями. При тромбофилиях создаются условия для нарушения процессов имплантации, роста и развития плода, развивается системная эндотелиальная дисфункция, запускается провоспалительный ответ, формируется прокоагуляционный потенциал свертывающей системы крови. Это является причиной возникновения ряда осложнений, включая так называемые большие акушерские синдромы (Great Obstetrical Syndromes), представленные в виде ранних преэмбрионических потерь, поздних выкидышей, СЗРП (синдром задержки развития плода), антенатальной гибелью плода и т.д. От 7 до 15% населения планеты являются носителями генетических форм тромбофилии, которые не проявляются до наступления определенных условий.

Цель

Изучить анамнестические данные и особенность течения гестационного процесса у пациенток с генетическими формами тромбофилии.

Материалы и методы

Исследование было поведено в Махачкалинском ГБУ РД МРД № 2 им. Каримова. Основная группа – 30 беременных женщин фертильного возраста с отягощенным акушерским анамнезом, находящихся на стационарном лечении в отделении консервативной гине-

кологии, ОПБ 1 и ОПБ 2. Контрольную группу составили 20 беременных женщин с физиологически протекающей беременностью. Возраст исследуемых женщин от 20 до 40 лет. Для диагностики генетических тромбофилий были исследованы гены: F2 (20210 G/A); FV Leiden-F5 (1691 G/A); F7/1076 G>A, F13A1/103 G>T, FGB-фибриноген (G (-455) A); MTHFR (677C/T); MTHF:A1298C (Glu429AIa); PAI-1(SERPINE 5G/4G -675); ITGA2-a2/807 C>T; ITGB-b3/1565 T>C.

Результат

Анамнез исследуемых женщин основной группы был отягощен неразвивающейся беременностью в 46,6% случаев, преждевременными родами (33,0%), пороками развития, антенатальной гибелью плода (19,0%) и преэклампсией (18,0%). При проведении сравнительной оценки установлено, что у пациенток данной группы были обнаружены полиморфизмы генов гомозиготных и гетерозиготных мутаций. Всем женщинам было проведено молекулярно-генетическое исследование крови на носительство тромбогенных полиморфных вариантов генов: FV Leiden-F5 (1691 G/A); F2 (20210 G/A); MTHFR (677C/T); MTHF: A1298C; FGB-фибриноген (G (-455) A); ингибитора активатора фибриногена PAI-1(SERPINE 5G/4G -675); антитромбина-III; ITGA2-a2/807 C>T; ITGB-b3/1565 T>C. При этом гетерозиготное состояние гена FII (20210 G/A) было обнаружено у одной женщины, гетерозиготное FV Leiden-F5 (1691 G/A) было обнаружено у 6-х женщин, тромбогенные полиморфные варианты гена метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR (677C/T) определены у 6 (20,0%) наблюдаемых женщин (n=30). Чаще всего встречаются гетерозиготные полиморфные варианты гена PAI-1 (675 4G/5G) выявлены у 12 матерей (40,0%), в том числе в гомозиготном варианте 4G/4G – у 5 (16,6%) и в гетерозиготном варианте 5G/4G –у 7 исследуемых женщин в (23,3%). Имеются также полиморфизмы генов ITGA2-a2/807 C>T и ITGB-b3 /1565 T>C у 6 из 30 наблюдаемых женщин (20,0%). Установлены единичные случаи дефицита антитромбина III. Комбинированная форма тромбофилии установлена в 16 случаях (80%). Сочетание двух мутаций обнаружено у 16 женщин (53,3%), сочетание трех мутаций – у 4 (13,3%). Течение беременности при наличии тромбофилии осложнилось развитием угрозой прерывания беременности (85%). Другим осложнением гестационного процесса явилась фетоплацентарная недостаточность (ФПН) установлена в 8 случаях (26,6%), нарушение плацентации.

Заключение

Проведенное исследование позволяют сделать вывод, что тромбофилитические состояния являются одной из важных причин осложнений беременности: фето-плацентарной недостаточности, гипоксии плода, неразвивающей беременности, преэклампсии, преждевременных родов, СЗРП (синдром задержки развития плода), тромбозов и тромбоэмболий, ПОНРП (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты), антенатальной гибели плода.

ЛИПИДОМНЫЙ АНАЛИЗ ТКАНЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Некрасова М.Е., Аттоева Д.И., Назарова Н.М., Чаговец В.В., Стародубцева Н.Л., Кононихин А.С., Франкевич В.Е.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

В России рак шейки матки (РШМ) занимает 3 место по частоте встречаемости среди онкологических заболеваний органов репродуктивной системы у женщин. Основной причиной, приводящей к малигнизации тканей шейки матки, является ВПЧ ВР. Поиск потенциальных биомаркеров, обладающих как диагностической, так и прогностической значимостью разработке таргетной терапии является актуальным и перспективным.

Цель

Проанализировать липидом тканей шейки матки методом масс-спектрометрии при поражениях различной степени тяжести, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Клинические, цитологическое исследование, молекулярно-генетические методы, расширенная кольпоскопия, прицельная биопсия шейки матки, гистологическое исследование биопсийного материала, липидомный анализ тканей шейки матки (масс-спектрометрия).

Полученные результаты. Обследована 41 пациентка (средний возраст 34 года), по результатам гистологического исследования сформированы 4 группы: I группа – 8 (19%) пациенток с хроническим цервицитом в сочетании с ВПЧ-инфекцией, II группа – 9 (22%) пациенток с LSIL, III группа – 13 (32%) пациенток с HSIL, IV группа – 11 (27%) пациенток с РШМ. 67% случаев LSIL обусловлено ВПЧ филогенетической группы А9, при этом ВПЧ 16 типа встречался в 28% случаев. 84% случаев HSIL вызваны ВПЧ группы А9 (16, 33, 35, 31, 58 типы), ВПЧ 16 типа – в 56% случаев. ВПЧ группы А9 определялись в 100% при РШМ, более половины (55%) РШМ были вызваны ВПЧ 16 типа. У 85% пациенток наблюдалась высокая вирусная нагрузка (в среднем – 5,2 log). Нормальная кольпоскопическая картина встречалась у 5 (12%) пациенток, слабовыраженные и выраженные изменения при кольпоскопии – у 36 (88%) пациенток.

Для всех четырех групп было выявлено разделение пограничных и патологических образцов, что свидетельствует о значительных отличиях липидного профиля сравниваемых образцов. Обнаружены выраженные отличия липидома тканей, граничащих со злокачественной опухолью, от тканей, граничащих с доброкачественными (воспалительными) и предраковыми поражениями эпителия шейки матки. Установлено, что ткани при HSIL и РШМ имели схожий липидный профиль. В результате масс-спектрометрического анализа были выявлены статистически значимые отличия уровней липидов, относящихся к фосфатидилхолинам (PC 32:0, PC 34:1, PC 36:4, PC 34:0, PC 38:4), этаноламинам (PE O-46:0, LPE 46:0, PE O-48:0, LPE 48:0, PE O-46:1) и сфингомиелинам (SM 34:0, SM 42:2) в тканях шейки матки с ВПЧ-ассоциированным неопластически трансформированным эпителием.

Заключение

ВПЧ-ассоциированные поражения эпителия шейки матки сопровождаются значимыми изменениями уровня липидов в ткани (PC; PE; SM), которые могут рассматриваться в качестве потенциальных биомаркеров для ранней и дифференциальной диагностики степени тяжести.

Краткое резюме

Среди онкологической патологии органов репродуктивной системы у женщин РШМ находится на 3 месте. Требуется поиск биомаркеров, обладающих диагностической и прогностической значимостью. Цель работы – проанализировать липидом тканей шейки матки при ВПЧ-ассоциированных поражениях различной степени тяжести у женщин репродуктивного возраста.

Работа выполнена по теме государственного задания «Разработка и внедрение маркеров ранней диагностики и прогнозирования риска развития ВПЧ-ассоциированных предраковых заболеваний и рака нижнего отдела половых путей».

Cervical cancer ranks 3rd in frequency among cancers of the reproductive system in women. Search of biomarkers with diagnostic and prognostic value is required. The aim of this work is to assess the lipid composition of cervical tissues in HPV – associated lesions of varying severity in patients of reproductive age.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ

Одыванова А.А., Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Уруймагова А.Т.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Частота цервицитов в общей популяции составляет у 70-80% женщин репродуктивного возраста Высокая частота встречаемости хронических цервицитов обусловлена изменениями общей реактивности организма в результате нарушений клеточного и гуморального звеньев иммунной системы. Изучение цитокинового состава в отделяемом и клеточном материале с поверхности шейки матки способствует расширению представления и углублению знаний о местном иммунитете шейки матки.

Цель

Исследование цитокинов для прогнозированию течения и исхода инфекционного процесса при хроническом неспецифическом цервиците у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

В исследовании были изучены цитокины (IL-1β , IL-4, IL-6, IL-8, ИНФ-у, ФНО-α) локального иммунитета нижних отделов половых путей у 83 женщин с хроническим течением цервицита. В контрольную группу вошли 35 практически здоровых женщин. Критериями исключения из исследования являлись: беременность и лактация, а также наличие острого цервицита, предрака и рака шейки матки, тяжелой экстрагенитальной патологии и признаков острых инфекционных заболеваний. Для уточнения диагноза всем женщинам проводилось комплексное обследование, которое включало в себя клинико-анамнестическое обследование, микроскопическое исследование мазков микрофлоры влагалища методом полимеразной цепной реакции в реальном времени (Фемофлор 16, ПЦР 7 показателей (патогенные микроорганизмы),определение полиморфизмов генов (IL-1β , IL-4, IL-6, IL-8, ИНФ-у, ФНО-α).

Результат

В результате статистического анализа в контрольной группе здоровых женщин экспрессия цитокинов составила; IL-1β = 51,6; IL-4=28,3; IL-6=42,1; IL-8=302,3; ИНФ-у= 2,6; ФНО-α=2,7. В группе женщин с хроническим цервицитом были экспрессия цитокинов составила: IL-1β = 97,2; IL-4=63,3; IL-6=84,5; IL-8=498,2; ИНФ-у= 5,8; ФНО-α=3,6. Увеличение концентра-

ции ИЛ-1β в 2 раза, по сравнению с контрольной группой, свидетельствует об активации моноцитов/макрофагов стромы на фоне воспалительного процесса. Повышение содержания ИЛ-6 в слизистой оболочке шейки матки у женщин с хроническим цервицитом свидетельствует о высокой активности моноцитарно-макрофагального звена иммунного ответа. Увеличение концентрации ИЛ-4 в группах наблюдения показало статистически значимое увеличение данного показателя. У пациенток с активным течением воспалительного процесса экспрессия данного цитокина увеличилась в 3 раза по сравнению с показателями контрольной группы. Повышенная продукция ИНФ-γ способствует активации макрофагов в патологическом очаге.

Заключение

У всех пациенток с хроническим цервицитом выявлено повышение выработки цитокинов, ответственных за поддержание оптимального уровня клеточной активности. Динамическое равновесие цитокинового профиля связано с достаточно высокой активностью гуморального или клеточного звена иммунного ответа. Дополнительное назначение препаратов цитокинового ряда приведет к нормализации локального иммунитета и повысит эффективность терапии.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСТРАЦЕЛЛЮЛЯРНЫХ МИКРОВЕЗИКУЛ МЕЗЕХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Пекарева Е.О., Баранов И.И., Пекарев О.Г., Силачев Д.Н., Поздняков И.М., Бушуева Н.С., Новиков А.В., Сухих Г.Т.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель

Оценить переносимость введения экстрацеллюлярных микровезикул (ЭМВ) мезенхимальных стромальных клеток плацентарного происхождения (МСК) во время абдоминального родоразрешения и течение послеоперационного периода.

Материалы и методы

В исследование были включены две группы родильниц, которым проводилось кесарево сечение: основную группу составили 23 пациентки, которым в ходе абдоминального ро-

доразрешения и после ушивания нижнего сегмента однорядным непрерывным викриловым швом вводи-лось 500 мкл ЭМВ МСК. В группу сравнения (контрольную) вошли 30 пациенток с традиционным ушиванием матки однорядным непрерывным викриловым швом.

Результат

У всех родильниц основной группы послеоперационный период протекал без осложнений, и они достоверно раньше выписывались из акушерского стационара (послеоперационный койко-день – 4,26+0,09 в сравнении с группой контроля, в которой послеоперационный койко-день составлял 5,33+0,38, $p < 0,05$). Все пациентки основной группы планировали в течение ближайших 2-3 лет повторно реализовать свою генеративную функцию и, в этой связи, они были включены в реестр по последующему самопроизвольному родоразрешению с рубцом на матке после кесарева сечения. У пациенток основной группы не было гнойно-септических осложнений, в то время как в группе сравнения послеродовый период осложнился в 2 случаях (6,7%) метро-эндометритом и в 1 случае – лохиометрой (3,3%).

Заключение

Таким образом, полученные данные указывают на хорошую переносимость и более высокую эффективность интраоперационного введения ЭМВ по сравнению с традиционным ведением послеродового периода.

Первые результаты клинического применения экзосом открывают новые горизонты их использования. Они позволяют надеяться на улучшение репарации миометрия и прогнозировать в перспективе самопроизвольные роды у пациенток с рубцом после кесарева сечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ОТКРЫТОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Пекарев О.Г., Брега Е.С., Гус А.И., Луньков С.С.

Цель

Дать сравнительную оценку эффективности различных методов подготовки шейки матки (ШМ) перед индукцией родов. Дизайн – проспективное открытое сравнительное клиническое исследование.

Материалы и методы

В исследование вошли 200 беременных женщин в возрасте от 23 до 38 лет с наличи-

ем показаний к преиндукции родов и неготовностью мягких родовых путей к родам. Пациентки были разделены на четыре группы по 50 человек в каждой. В I группе использовали dilapan-S (4 расширителя вводили в цервикальный канал на срок до 12 ч в сочетании с пероральным приемом мифепристона в дозе 200 мг 2 раза с интервалом 24 ч), во II – применяли только dilapan-S, в III – вводили катетер Фолея на срок до 12 ч., в IV – использовали гель, содержащий простагландин E2 в дозе 0,5 мг, интрацервикально двукратно с интервалом 6 ч. Зрелость ШМ оценивали по шкале Бишопа и методом ультразвуковой соноэластографии (оценка выполнялась на основании анализа цветового картирования и коэффициента жесткости Strain Ratio, SR).

В ходе исследования все участницы были разделены на три подгруппы в зависимости от степени зрелости ШМ (по шкале Бишопа) до начала преиндукции родов. В подгруппу A (n = 66) включены пациентки с оценкой зрелости шейки матки от 0 до 2 баллов; в подгруппу B (n = 69) – 3–4 балла; в подгруппу C (n = 65) – 4–6 баллов.

Результат

Наибольшая эффективность в преиндукции родов была продемонстрирована для осмотических дилататоров dilapan-S в комбинации с мифепристоном по сравнению с другими методами. Степень зрелости ШМ по шкале Бишопа в этой группе составила 11,4 (0,21) баллов против 10,2 (0,2), 9,4 (0,3) и 9,67 (0,25) во II, III, IV группах соответственно ($p < 0,05$ во всех случаях). Наименьшие показатели SR ШМ по данным соноэластографии также отмечены у пациенток с комбинированной преиндукцией dilapan-S/мифепристон: 1,23 (0,04) против 1,63 (0,07), 1,7 (0,08) и 1,83 (0,1) соответственно ($p < 0,05$ во всех случаях).

По данным соноэластографии показатели SR в подгруппах B и C были статистически значимо ниже по сравнению с подгруппами A во всех изучаемых группах. Выявленные закономерности свидетельствуют о более объективной характеристике степени зрелости ШМ при использовании метода соноэластографии по сравнению с оценкой по шкале Бишопа.

Заключение

Наиболее эффективным является комбинированное применение dilapan-S и мифепристона по сравнению с остальными способами подготовки ШМ к родам.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦЕРВИКАЛЬНОГО СЕРКЛЯЖА И АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

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

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

Актуальность

Наиболее частой причиной прерывания беременности во II триместре и ранних преждевременных родов (ПР) является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), которая осложняет 0,1-1% всех беременностей. Основными методами коррекции ИЦН являются цервикальный серкляж и акушерский пессарий.

Цель

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

Материалы и методы

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

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

Результат

Пациентки были разделены на две группы в соответствии с методом коррекции ИЦН: в 1 группу вошли 59 пациенток с цервикальным серкляжем, а во вторую – 49 пациенток с акушерским пессарием. Диагноз ИЦН ставился на основании анамнестических данных, бимануального обследования, данных ультразвукового исследования (укорочение длины шейки матки менее 25 мм). Возраст обследуемых пациенток в 1 группе варьировал от 22 до 46 лет, во 2 группе – от 23 до 45 лет, а средний возраст в обеих группах составил 32,6 ± 5 лет. Повторнобеременные в 1 группе наблюдались в 84,75% (50) случаев, а повторнородящие – 61,02% (36) случаев, во 2 группе – 85,71% (42) и 51,02% (25)

случаев соответственно. Отягощенный акушерский анамнез в 1 группе имели 79,7% (47), во 2 группе – 71,4% (35) пациенток, а ИЦН в анамнезе наблюдалось у 10,2% (6) и 6,1% (3) беременных соответственно. Самопроизвольный выкидыш и/или неразвивающаяся беременность были отмечены в анамнезе в 1 группе у 35,6% (21), во 2 группе – 36,7% (18) пациенток, а ПР – 33,9% (20) и 8,2% (4) беременных соответственно, при этом антенатальная гибель плода в анамнезе наблюдалась в 1 группе у 8,5% (5), во 2 группе – 6,1% (3) беременных.

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

Заключение

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

РОЛЬ ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА

Покусаева В.Н., Кривенко А.С., Амалицкий В.Ю., Огарева А.С.

г. Смоленск
Смоленский государственный медицинский университет

Актуальность

В последние годы четко наметилась тенденция к увеличению когорты повторнородящих женщин (до 60-67% в структуре родов) на фоне ожидаемого снижения популяции, вступающей в репродуктивный возраст. Кроме того, растет число беременных с избытком массы тела и ожирением, многие из которых связывают нарушения углеводно-жирового обмена с предшествующими беременностями и родами.

Цель

Выяснить роль увеличения массы тела в интергенетическом интервале в развитии гестационного сахарного диабета при последующей беременности.

Материалы и методы

В исследование включено 187 повторнобеременных женщин с одноплодной беременностью, имевших в анамнезе одни роды. Прегравидарный индекс массы тела (ИМТ) накануне наступления беременности, закончившейся первыми родами, соответствовал норме (18,5-24,9 кг/м2), накануне настоящей беременности – менее 30 кг/см2. Средний возраст обследованных 30,9±1,5 лет. Пациентки разделены на 4 группы в зависимости от интергенеического увеличения ИМТ: ⩽1,0 кг/м2 (группа 1, n=103), 1,1-2,0 кг/м2 (группа 2, n=51), 2,1-3,0 кг/м2 (группа 3, n=21) и >3,0 кг/м2 (группа 4,n=32).

Методы исследования: определение глюкозооксидазным методом уровня глюкозы крови в венозной плазме натощак и в процессе проведении теста толерантности к углеводам в сроки, определенные клиническими рекомендациями.

Результат

Течение беременности осложнилось гестационным сахарным диабетом у 2 (2,0%) пациенток группы 2, у 9 (42,9%) группы 3 и у 11 (34,2%) в группе 4. В группе 1 случаев ГСД не отмечено. По сравнению с группой 1 и 2 в группах 3 и 4 отмечено значимое увеличение частоты ГСД (p<0,05). При этом в 1-2 триместрах нарушение углеводного обмена выявлялось только в группах 3 (3 – 14,3%) и 4 (2 – 6,3%). Более часто ГСД диагностировался в 3 триместре: у 1 (2,0%), 6 (28,6%), 9 (28,9%), соответственно в группах 2, 3 и 4 Установлено, что интергенетический прирост веса более 2,0 кг/м2 у пациенток без ожирения увеличивает риск ГСД в 62 раза (ОШ=62,0; 95% ДИ 8,1-1299,2, p=0,000). Для уточнения роли увеличения веса между родами в развитии ГСД у пациенток с нормальной массой тела из второго этапа анализа были исключены женщины с избытком веса. Оказалось, что пациентки с нормальной массой тела при ее интергенетическом увеличении более 2,0 кг/м2 имеют еще более высокий риск развития ГСД (ОШ=103,7; 95% ДИ 12,2-2031,5, p=0,000), диагностируемого как в первой (p=0,005), так и во второй (p=0,000) половине беременности. Из 122 пациенток с нормальной массой тела и ее интергенетическим увеличением 2,0 кг/м2 и менее ГСД диагностирован у 1 (0,8%) в третьем триместре беременности. В то же время 12 из 26 (46,2%) беременных с увеличением веса более 2,0 кг/м2 реализовали ГСД: 3 (11,5%) в 1-2 триместрах, 9 (34,7%) – в третьем (p<0,05).

Заключение

Интергенетическое увеличение массы тела более 2,0 кг/м2 у пациенток без ожирения (ИМТ 18,5-29,9 кг/м2), в том числе у женщин с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м2), увеличивает риск гестационного сахарного диабета, преимущественно с его поздней манифестацией. В связи с этим целесообразно включать таких пациенток в группу

высокого риска по развитию ГСД для проведения в этой группе профилактических мероприятий в соответствии с клиническими протоколами.

КОНТРАЦЕПЦИЯ И ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА, СОДЕРЖАЩЕГО ХЛОРМАДИНОНА АЦЕТАТ

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

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Гормональная контрацепция пользуется высокой популярностью в большинстве стран мира. Доля пар, применяющих современные методы контрацепции, варьируется от 41% в Италии до 84% в Великобритании. В России, согласно «Выборочному обследованию репродуктивного здоровья населения России» 68% состоящих в партнерстве женщин и 74% сексуально активных женщин в возрасте 15 – 44 лет применяют современные методы контрацепции (средний уровень контрацепции для развитых стран). Большинство КОК, имеющихся на рынке в РФ, содержат этинилэстрадиол. Особенностью этинилэстрадиола является выраженная активация печеночного метаболизма, результатом которой становится повышение некоторых параметров свертывающей системы крови. КОК, содержащие синтетический аналог эстрадиола, потенциально могут оказаться более безопасными с позиций серьезных осложнений гормональной контрацепции. Фармакологические различия КОК, значимые при индивидуальном подборе, обусловлены свойствами входящих в их состав прогестинов.

Цель

Для оценки контрацепции, терапевтической эффективности и терпимости комбинированных гормональных контрацептивов, содержащих 30 мкг этинилэстрадиола (ЭЭ) и 2 мг хлормадинона ацетата (ХМА) у женщин с симптомами гиперандрогении.

Материалы и методы

Исследование включало 76 женщин в возрасте от 19 до 39 лет с акне легких и умеренных симптомов, которые отвечают критериям включения и исключения. С целью обследования физическое обследование, клинические, лабораторные, статистические и инструментальные методы обследования. Тяжесть себорейного дерматита и акне оценивалась

путем подсчета поражений на лице и специальных методик с микропористой полимерной пленкой, что позволяет оценить активность сальных желез. Также учитывали субъективную оценку состояния кожи пациентов с помощью визуальной аналоговой шкалы. Оцененное состояние кожи было на базовом уровне, после 1, 3 и 6 месяцев лечения.

Результат

При анализе терапевтической эффективности через 1 месяц приема препарата отмечалось улучшение состояния кожи лица у большинства пациентов, через 3 месяца – снижение выраженности себорейного дерматита в области лба. Через 6 месяцев терапии у 69,7% женщин сыпь значительно уменьшилась или исчезла. Субъективная оценка, полученная с помощью визуальной аналоговой шкалы, показала, что после одного, трех и шести циклов 69%, 93% и 98% пациентов, соответственно, были удовлетворены или очень довольны эффектом терапии, который сопровождался увеличением самооценки: самоуважение и уверенность. Противозачаточная эффективность составила 100%. Кроме того, мы проанализировали побочные эффекты препарата. Они наблюдались в первые 1–3 мес терапии группы: 2,6% пациенток жаловались на межменструальные кровотечения, 3,9% пациенток – на диспепсию. Все побочные реакции исчезли спонтанно в течение 2–3 месяцев, не потребовали дополнительной терапии или отмены ГК.

Заключение

КОК, содержащий ХМА, является высокоэффективным контрацептивом. У любого пациента на протяжении всего периода наблюдения беременность не отмечается. КОК, содержащий ХМА, имеет высокую приемлемость и низкий уровень побочных реакций. Препарат обладает выраженным антиандрогенным эффектом – 69,7% пациентов сообщили об улучшении или исчезновении акне после 6 месяцев применения препарата. 98% женщин были удовлетворены или очень удовлетворены эффектом терапии, который сопровождался повышением самооценки и уверенности в себе.

НОВЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Путило А.О., Джибладзе Т.А., Позднякова Н.В., Григорцевич Н.Ю.

г. Домодедово
Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва, Инновационная биотехнологическая лаборатория «Система – Биотех»

Актуальность

Примерно 3-6% случаев привычного невынашивания составляют генетические факторы, вместе с тем любое изменение, приводящее к дисбалансу функциональных генов,

может реализоваться аномальными проявлениями. В результате таких изменений формируются несбалансированные хромосомные мутации, при которых эмбрион становится носителем тяжёлой хромосомной патологии или нежизнеспособен вовсе. В некоторых случаях даже после полноценного диагностического поиска у пациентов не удаётся определить точную причину бесплодия и наряду с этим не стоит пренебрегать генетическим фактором. До сих пор наличие врождённых и приобретённых мутаций в генах, влияющих на фертильность, и определение генетических маркёров нарушения репродуктивной функции остаётся недостаточно изученными в условиях постоянно обновляющихся данных о новых генах и их свойствах, поэтому поиск новых генетических маркёров является крайне актуальной проблемой.

Цель

Определить нуклеотидные полиморфизмы, расположенных в генах сигнального пути TP53 в эндометрии у пациенток с нарушением репродуктивной функции.

Материалы и методы

В исследование было включено 30 пациенток, разделенных на 3 группы: I группа (n=14) – первичное бесплодие (47%); II группа (n=8) – вторичное бесплодие (27%); III (n=8) – контрольная группа (27%). К первым двум группам были отнесены пациентки с доброкачественными заболеваниями тела и шейки матки (гиперплазия эндометрия, полип эндометрия, миома матки, внутриматочные синехии, хронический эндометрит, полип цервикального канала и эндометриоз шейки матки). После общеклинического обследования и ультразвукового исследования с подтверждением имеющегося диагноза эндоскопическим методом была взята биопсия образцов эндометрия с последующим гистологическим исследованием. Затем проводилось генетическое исследование биологического материала в условиях генетической лаборатории на наличие нуклеотидных полиморфизмов в генах сигнального пути TP53: LIF (Val/Val), LIF, MDM2, MDM4, TP53.

Результат

В проведенном исследовании средний возраст пациенток составил 35 лет. Среднепопуляционный риск выявленного генотипа LIF (Val/Val) был обнаружен у всех участников исследования. В ходе исследования у 12 (40%) пациенток с гиперплазией эндометрия было выявлено: высокий риск развития фенотипа LIF у 8 (67%) пациенток; значительный риск MDM2 – у 9 (75%); значительный риск MDM4 – у 3 (25%) и значительный риск TP53 – у 7 (58%). У пациенток с полипом эндометрия (n=11; 37%) обнаружен высокий риск LIF у 3 (27%), идентичные показатели значительного риска MDM2, MDM4 и TP53 – у 7 (63%). В группе пациенток с миомой матки (n=5; 16%) определён высокий риск LIF у 2 (40%), значительный риск MDM2 у 4 (80%) и совпадающие показатели по значительному риску MDM4 и TP53 – у 3 (60%). Пациентки с внутриматочными синехиями (n=7; 23%) имели высокий риск LIF у 2 (29%), значительный риск MDM2 определился у 4 (57%), значительный риск MDM4 – у 1 (14%), значительный риск TP53 – у 2 (29%). Пациентки с хро-

ническим эндометритом (n=2; 7%) имели одинаковые среднепопуляционные показатели риска по LIF и MDM4 (92%), а также значительный риск MDM2 (90%), при этом значительный (50%) и среднепопуляционный (50%) риски по TP53 разделились поровну. Высокий (50%) и среднепопуляционный (50%) риски LIF в группе с полипом цервикального канала (n=2; 7%) разделились также на равные части, при этом среднепопуляционный риск MDM2 и значительный риск TP53 составили по 93%, значительный риск MDM4 определился у 1 пациентки (50%). В исследуемой группе была 1 (3%) пациентка с эндометриозом шейки матки, у которой отмечались среднепопуляционные риски LIF и MDM2, а также значительные риски MDM4 и TP53.

Заключение

Включение в диагностический алгоритм определение нуклеотидных полиморфизмов, расположенных в генах сигнального пути TP53 в эндометрии у женщин с бесплодием сможет позволить выявить дополнительные риски как первичного, так и вторичного бесплодия, что в дальнейшем поможет определить тактику ведения этих пациенток.

АССОЦИАЦИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ВРТ

Раткина К.Р., Самойлова Ю.Г., Матвеева М.В., Петров И.А., Куликова К.В., Давыдова М.С., Мицеля Е.В.

г. Томск
Сибирский государственный медицинский университет

Актуальность

В современном мире проблема бесплодного брака характеризуется большой распространенностью, в связи с чем растет и частота применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) при планировании беременности. Одним из наиболее социально значимых параметров здоровья среди детей, появившихся в результате использования ВРТ, является их нейропсихологический статус.

Цель

Изучить качество жизни (КЖ) и пищевое поведение детей, рожденных с помощью ВРТ.

Материалы и методы

В исследование было включено 30 детей, рожденных с помощью ВРТ в возрасте 0-3 года. Все дети были разделены на 3 группы согласно рекомендациям всемирной организации здравоохранения: 1 группа – индекс массы тела (ИМТ) ниже среднего значения (-1SDS и -2SDS), 2 группа – среднее значение ИМТ для соответствующего возраста и 3 группа –

ИМТ выше среднего значения (+1SDS и +2SDS). Для нейропсихологического тестирования был использован опросник качества жизни PedsQL 4.0, для оценки пищевого поведения – CEBQ. Статистическая обработка данных была проведена с помощью программы STATISTICA 10.0.

Результат

Дети во всех 3 группах были сопоставимы по полу и возрасту. В результате статистического анализа было показано, что дети из 1 группы имели достоверно более низкие показатели физической активности (согласно опроснику КЖ) по сравнению со 2 и 3 группой (p=0,01, U=1,0 и p=0,01, U=3,0 соответственно). Однако параметры шкалы эмоционального состояния в данной группе была выше, чем среди детей 2 и 3 группы (p=0,04, U=3,5 и p=0,04, U=6,5 соответственно). При проведении корреляционного анализа были выявлены связи между некоторыми параметрами пищевого поведения и КЖ. Так, у детей, которые медленно принимают пищу регистрируется более низкая познавательная активность (p=0,004, S=-0,6) и эмоциональность (p=0,047, S=-0,5). “Скорость” (реакция) насыщения при приеме пищи прямо зависит от таких показателей КЖ, как физическая (p=0,02, S=0,5) и социальная активность (p=0,005, S=0,6), и обратно – от эмоционального состояния (p=0,02, S=-0,5). Беспокойство и капризы ребенка имеют связь с такими особенностями пищевого поведения, как переедание и недоедание в результате переизбытка эмоций (p=0,01, S=-0,6; p=0,02, S=-0,5), а также с потребностью в питье (p=0,03, S=-0,5) и с чувством удовольствия от еды (p=0,009, S=0,6). Социальная активность имеет корреляционные взаимосвязи с удовольствием от приема пищи (p=0,03, S=-0,5) и желанием пить (p=0,02, S=-0,5). А познавательная активность ниже у детей, которые переедали (p=0,01, S=-0,6) и недоедали (p=0,03, S=-0,5).

Заключение

Таким образом, дети, рожденные с помощью ВРТ, и характеризующиеся разным физическим развитием, не имеют достоверных различий в пищевом поведении. Однако, определенные его паттерны зависит от нейропсихических характеристик детей.

АЛГОРИТМ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И АКТИВАЦИИ ЛАТЕНТНОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Савченко Т.Н., Агаева М.И.

г. Москва
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность

Одним из актуальных вопросов, связанных с герпетической инфекцией является выраженное неблагоприятное влияние герпесвирусов на течение и исход беременности. До 30% прерываний беременности на раннем сроке и до 60% в поздние сроки гестации являются следствием воздействия ГВИ. В настоящее время отмечается ежегодная тенденция роста случаев выявления активных форм ГВИ. Активация латентной ГВИ во время беременности обусловлена развитием гестационной иммуносупрессии, направленной на поддержание иммунологической толерантности к алло-антигенам плода.

Цель

Оценить экспрессию Толл-подобных рецепторов в цервикальном канале при различном течении герпесвирусной инфекции во время беременности.

Материалы и методы

Проведено клинико-лабораторное обследование 120 пациенток в сроке гестации до 20 недель. Наряду с рутинным обследованием все беременным проводилась ПЦР-диагностика крови и соскобов эндоцервикса, определение иммуноглобулинов M и G в сыворотке крови к вирусам простого герпеса 1-го, 2-го типов (ВПГ-1/2), цитомегаловирусу (ЦМВ) и вирусу Эбштейна-Барр (ВЭБ), а также оценивалась экспрессия толл-подобных рецепторов (TLR) 2,3,4,8 на поверхности клеток цервикального канала определяли путем ПЦР в реальном времени, совмещенной с реакцией обратной транскрипцией.

Результат

Все обследованные разделены на 2 группы, из которых 35 (31,8%) пациенток, с признаками литической репродукции ГВ, отнесены в I-ю группу (основную группу). II-ю группу (группу сравнения) составили 75 (68,1%) беременных с латентным течением ГВИ, у которых по данным лабораторных исследований определялись специфические IgG в сыворотке крови, в низких диагностических титрах, при отсутствии IgM и вирусной ДНК в компонентах крови и в мазках-соскобах эндоцервикса. По результатам обследования При анализе экспрессии TLR в цервикальном канале у пациенток исследуемых групп, достоверно больший уровень экспрессии TLR2 и TLR8 определялся среди пациенток I–ой группы, по сравнению со II-ой группой, составляя 38,2+4,3 ОЕ; 42,4+14,2 ОЕ и 18,2+5,8 ОЕ; 19,8+6,4 ОЕ, соответственно ($P<0,05$). Анализ уровней экспрессии TLR3 и TLR4 клетками цервикального канала не выявил достоверный различий среди исследуемых групп. Проведённый корреляционный анализ между уровнем экспрессии TLR2,8 и количеством лейкоцитов в цервикальном канале у беременных исследуемых группы, выявил наличие статистически значимой прямой корреляционной связи между локальной лейкоцитарной реакцией и уровнем экспрессией TLR2 ($rs=0,369$; $p=0,041$) клетками цервикального канала в I-ой группе, а также позволил выявить наличие прямой корреляционной связи между лейкоцитозом слизистых цервикального канала и экспрессией TLR 8 в I-ой груп-

пе (rs=0,237; p=0,043). Корреляционный анализ во II-ой группе показал наличие прямой корреляционной связи между количеством лейкоцитов в цервикальном канале и уровнем экспрессии TLR2 (rs=0,179; p=0,051).

Заключение

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о ключевой роли TLR2 и TLR8 в запуске локальной воспалительной реакции в ответ на активацию латентной ГВИ и приводит к активации каскада ранних цитокиновых реакций, лежащих в основе естественного иммунного ответа, что нарушает гестационную иммуносупрессию, направленную на физиологическое течение беременности.

СТРУКТУРА ОРГАНИЧЕСКОЙ И НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ КАК ПРИЧИНЫ АНОМАЛЬНОГО МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

Сальникова И.А., Уварова Е.В.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Аномальное маточное кровотечение выявляют с частотой от 8 до 30% в популяции подростков до 17 лет включительно. Международная федерация акушеров-гинекологов (FIGO) определила и предложила к использованию в практической работе четкие критерии маточного кровотечения, а также этиологическую классификацию заболевания (PALM-COEIN). Выявление причины заболевания позволяет выбрать максимально эффективную тактику лечения пациента. Однако, в литературе не описана структура этиологических причин маточного кровотечении у пациентов раннего репродуктивного возраста в соответствии с новой классификацией.

Цель

Изучить и описать структуру органической и неорганической патологии как причины аномального маточного кровотечения в раннем репродуктивном возрасте с учетом современной классификации PALM-COEIN.

Материалы и методы

Группу исследования составили 400 пациентов в возрасте от менархе до 17 лет включительно, госпитализированных в ФГБУ НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова с диагнозом

«аномальное маточное кровотечение».

На основании комплексного обследования, включающего сбор клинико-анамнестических данных, лабораторные параметры, протоколы гистероскопического и ультразвуковых исследований, были выявлены этиологические факторы возникновения аномального маточного кровотечения.

Произведено обобщение полученных результатов, и представлена структура этиологических факторов аномального маточного кровотечения у подростков.

Результат

Лидирующее место в структуре причин маточного кровотечения у подростков занимает неорганическая патология (90%). Тем не менее, у 10% пациентов определены органические причины заболевания, в их числе полип эндометрия выявлен у 27 девушек (6,75%), аденомиоз – у 9 (2,25%), лейомиома – у 3 (0,75%), малигнизация – у 1 пациентки (0,25%). Из неорганических причин маточного кровотечения наиболее частой причиной заболевания явилась овуляторная дисфункция (224 чел., 56%). На втором месте по частоте выявления (115 чел., 28,75%) оказались не относящиеся ни к одной из выделенных категорий причины (выявленный при гистероскопии и подтвержденный при гистологическом исследовании эндометрия хронический эндомерит). Несколько реже (15 пациентов, 3.75%) маточное кровотечение явилось следствием ятрогенного воздействия. Коагулопатии были определены лишь у 5 человек (1,25%). Мальформация маточных сосудов – у 1 подростка (0,25%).

Заключение

Овуляторная дисфункция продолжает оставаться лидирующей причиной возникновения маточного кровотечения у подростков. Однако, наличие органической патологии как причины возникновения маточного кровотечения у каждой 10 пациентки, с нашей точки зрения, требует проведения комплексного углубленного обследования каждого подростка с маточным кровотечением для уточнения причины заболевания и повышения эффективности лечения.

МИКРОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛЬНЫМ МАТОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Сальникова И.А., Уварова Е.В.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

В научных исследованиях описаны результаты изучения влагалищного микробиоима пациентов с маточными кровотечениями, где традиционно методами изучения микрофлоры являются микроскопическое и микробиологическое исследования. Учитывая доказанную ассоциативную связь патологии микроценоза влагалища и рецидивирующий характер маточного кровотечения, является актуальным изучение влагалищного микробиома пациентов с маточным кровотечением при проведении современного количественного ПЦР-исследования в режиме «реального времени».

Цель

Изучить и описать состояние микроценоза влагалища пациентов с аномальным маточным кровотечением раннего репродуктивного периода.

Материалы и методы

Группу исследования составили 76 пациентов в возрасте от менархе до 17 лет включительно, госпитализированных в ФГБУ НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова с диагнозом «аномальное маточное кровотечение».

Для изучения состояния влагалищного микробиома у пациентов с маточным кровотечением вне кровяных выделений из половых путей без нарушения целостности девственной плевы был забран материал для исследования. Отделяемое влагалища забирали для проведения микроскопического исследования. Соскоб со стенки влагалища осуществляли с помощью урогенитального зонда, материал помещали в пробирку типа эппендорф и направляли для проведения количественного ПЦР-исследования в режиме «реального времени».

Полученные результаты подвергались обработке методами математического анализа, на основании чего была проведена оценка состояния влагалищного микроценоза пациентов с маточным кровотечением раннего репродуктивного периода.

Результат

Несмотря на отсутствие по данным ПЦР-исследования соскоба слизистой влагалища истинных патогенов и отсутствие характерной воспалительной картины при микроскопии влагалищного мазка у 63% пациентов, состояние нормоценоза было выявлено лишь у 13 из 76 (17,11%) человек. Наличие превышающих нормативные концентрации условно-патогенных микроорганизмов (n=49; 64,47%) и дрожжеподобных грибов (n=14; 18,42%) на фоне снижения медианы количества Lactobacillus spp. (105,8) обусловило состояние умеренного (n=48) и выраженного (n=15) дисбиоза влагалищной микрофлоры пациентов с АМК РРП.

Заключение

Микроценоз влагалища пациентов с аномальным маточным кровотечением характеризуется отсутствием истинных патогенных микроорганизмов и характерной воспалительной реакции у 63%. Однако, у 82% подростков с маточным кровотечением состояние влагалищной микрофлоры соответствует умеренному и выраженному дисбиозу за счет снижения численности лактофлоры, превышения количества условно-патогенных микроорганизмов и дрожжеподобых грибов.

БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ В ПРЕИНДУКЦИИ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИОННЫМ СИНДРОМОМ

Самчук П.М., Стрельникова Е.А., Азоева Э.Л.

г. Москва
ФГАОУ ВО Первый МГМУ И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.В.. Вересаева» ДЗМ

Актуальность

Частота гипертензивных расстройств в структуре патологических состояний при беременности в Российской Федерации составляет 5-30%, занимая лидирующую позицию по причинам материнской, младенческой смертности. Поиск безопасных и эффективных методов родоразрешения и преиндукции родовой деятельности у данной группы пациенток, является важной задачей современного акушерства.

Цель

Оценить эффективность баллонной дилатации цервикального канала в группе женщин с гипертензивными расстройствами во время беременности для преиндукции родов.

Материалы и методы

Представлены результаты исследования за 2020 год по Филиалу ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗ г. Москвы, включающих 244 женщины с одноплодной беременностью и гипертензивными расстройствами. Группу исключения составили поступившие с клинической картиной тяжелой преэклампсии, которые были родоразрешены путем операции кесарево сечение в экстренном порядке. В обследованной группе (n=169) у 84(34,43%) пациенток произошли самостоятельные роды, 85(34,84%) были родоразрешены в плановом порядке. У 75(30,73%) пациенток в связи с доношенным сроком гестации, незрелой шейкой матки и сопутствующим гипертензивным синдромом, перед индукцией родов проводилась преиндукция баллонным катетером:из них 11(14,66%) женщин с хронической артери-

альной гипертензией (ХАГ), гестационной артериальной гипертензией (ГАГ) у 38(50,67%) и преэклампсией (ПЭ) у 26(34,67%) женщин. Средний возраст составил 30,83±5,86 лет. Первородящие составили 39(52,0%), повторнородящие – 36 (48,0%).

Результат

В группе с ХАГ роды после преиндукции произошли через естественные родовые пути у 7(63,63%) рожениц. Путем операции кесарево сечение родоразрешены 4(36,37%) пациентки, при отсутствии эффекта от родовозбуждения окситоцином. В группе с ГАГ у 33(86,84%) произошли самостоятельные роды. Оперативные роды проведены у 5(13,16%) родильниц. В группе с ПЭ у 22(86,62%) женщин произошли консервативные роды. Кесарево сечение проведено у 4(15,38%) женщин. Частота родов через естественные родовые пути у женщин с преиндукцией составила 62(82,67%) наблюдений, оперативные роды в 13(17,33%) случаев.

Заключение

На основании выше изложенного, выявлена высокая эффективность баллонной дилатации в пре- и индукции родов у женщин с ГАГ и ПЭ. У женщин с ХАГ наблюдалась низкая эффективность баллонной дилатации в преиндукции, что соответствует ранее опубликованным данным о влиянии длительной артериальной гипертензии на чувствительность рецепторов к окситоцину.

Представлены результаты анализа 75 случаев преиндукции родовой деятельности баллонным дилататором у женщин с гипертензивным синдромом и одноплодной доношенной беременностью. В группах с гестационной артериальной гипертензией и преэклампсией выявлена высокая эффективность метода. Напротив, у женщин с хронической артериальной гипертензией наблюдалась низкая эффективность баллонной преиндукции родов.

The analysis of 75 cases of labour pre-introduction by balloon dilatator among women with hypertensive syndrome and singleton pregnancy is presented. The high effectiveness was obtained in group with gestational hypertension and preeclampsia. Contrariwise, parturient suffered from chronic hypertension showed low efficiency of balloon claim of childbirth.

ОБЩАЯ И ПЛОДОВАЯ ВНЕКЛЕТОЧНАЯ ДНК И ЦИТОКИНЫ – ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

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

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Поиск прогностических маркеров преждевременных родов остается одной из нерешенных проблем современного акушерства.

Цель

Определение уровней общей и плодовой внеклеточной ДНК и цитокинов при прогнозировании преждевременных родов.

Материалы и методы

Исследование проведено у 80 женщин. Основную группу составили 50 пациенток со спонтанными преждевременными родами, разделенные по срокам: 22–27 недель 6 дней (9), 28-33 недели 6 дней (16) и 34-36 недель 6 дней гестации (25). Группу контроля – 30 женщины с физиологически протекающей беременностью, родившие в срок. Уровень общей и плодовой внеклеточной ДНК в плазме крови оценен количественным ПЦР-анализом, путем определения концентрации промотора гена RASSF1A и его гиперметилированной части. Определение содержания цитокинов IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, GM-CSF, IFN-γ и TNF-α проведено мультиплексным методом. Прогностическая ценность была определена методом логистической регрессии.

Результат

В основной группе уровень IL-6 был повышен на 22-27 неделе 6 дней беременности, при этом в 55,6% (p=0,004) случаев были обнаружены признаки внутриутробной инфекции. Уровень IL-8 был значительно увеличен в основной группе на 28-33 неделе 6 дней и 34-36 неделе 6 дней беременности. Различий между группами в частоте внутриутробной инфекции на 28-33 неделе 6 дней не наблюдалось. В основной группе на 34-36 неделе 6 дней в 32,0% случаев диагностирована внутриутробная инфекция (p=0,01). Концентрация плодовой внеклеточной ДНК была увеличена на 28-33 неделе 6 дней беременности. Для прогнозирования преждевременных родов при сроке 22-27 недель 6 дней наиболее точным

было одновременное определение IL-6 и общей внеклеточной ДНК – AUC: 0,9 (95% CI, 0,80-1); при сроке 28-33 недели 6 дней одновременное определение IL-8 и плодовой внеклеточной ДНК – AUC: 0,88 (95% CI, 0,80-1); при сроке 34-36 недель 6 дней одновременное использование IL-8, общей и плодовой внеклеточной ДНК – AUC=0,88 (95% CI, 0,80-1).

Заключение

Комбинированное определение общей и плодовой внеклеточной ДНК и цитокинов в плазме крови является перспективным для прогнозирования преждевременных родов.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СИНЕХИИ И СИНДРОМ АШЕРМАНА: КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Свидинская Е.А., Джибладзе Т.А., Борцвадзе Ш.Н., Зуев В.М., Ищенко А.И., Хохлова И.Д., Брюнин Д.В., Черкасова А.Л., Агеев М.Б.

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

Актуальность

Проблема внутриматочных синехий остается актуальной в связи с высокой частотой маточной формы бесплодия и невынашивания беременности, а также нередко обнаружением их у женщин с неудачными попытками ЭКО в анамнезе.

Цель

Проанализировать многолетний опыт хирургического лечения внутриматочных синехий, оценить использование ультразвукового мониторинга во время гистероскопической лазерной деструкции и противоспаечного геля в раннем послеоперационном периоде для повышения эффективности терапии пациенток с внутриматочными сращениями и синдромом Ашермана.

Материалы и методы

В клинике акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева Сеченовского Университета с 2001 по 2020 г. были проанализированы результаты обследования и лечения 1218 пациенток репродуктивного возраста с внутриматочными синехиями и синдромом Ашермана. В зависимости от проведенного лечения (механическое разрушение синехий, лазерная деструкция без или под УЗ или лапароскопическим контролем) пациентки ретроспективно были разделены на группы.

Результат

В ходе работы определены место и диагностическая ценность офисной гистероскопии для определения тактики лечения, установлена высокая эффективность комплексного лечения (лазерная хирургия, антиадгезивные гели, послеоперационная терапия и реабилитация) пациенток с маточной формой бесплодия: отсутствие рецидива у 98%, наступление беременности у 57%. Интраоперационный ультразвуковой контроль у пациенток с синдромом Ашермана позволил избежать интраоперационных осложнений у всех пациенток, менструальный цикл восстановился у 97,5%, беременность наступила у 24%, повторное вмешательство понадобилось у 18%.

Заключение

Комплексный метод, включающий гистероскопию, лазерную деструкцию синехий, введение антиадгезивных гелей, послеоперационную лазерную терапию и реабилитацию с использованием хлорофилсодержащих препаратов позволяет достичь высокой эффективности лечения пациенток с маточной формой бесплодия. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о целесообразности интраоперационного ультразвукового контроля, введения антиадгезивных гелей и комплексной послеоперационной реабилитации эндометрия.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОНТРОЛЬ ПРИ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ

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

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

Актуальность

Бесплодие и невынашивание беременности, обусловленное наличием внутриматочной патологии, остается актуальной проблемой современной гинекологии. Хирургическое лечение пациенток с синдромом Ашермана при полной или почти полной облитерации полости матки связано с высоким риском перфорации матки и неполным внутриматочным адгезиолизисом. Для оптимизации лазерной деструкции фиброзных сращений возможно использование лапароскопического или ультразвукового контроля.

Цель

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности комплексного лечения пациенток с внутриматочными синехиями, в том числе и с синдромом Ашермана.

Материалы и методы

В клинике акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева Сеченовского Университета с 2015 по 2020 годы было проведено обследование и лечение 547 пациенток в возрасте от 25 до 47 лет с диагностированными внутриматочными синехиями и бесплодием. В зависимости от степени распространения внутриматочных сращений и метода лечения все пациентки ретроспективно были разделены на 3 группы.

В первой группе из 162 пациенток с синдромом Ашермана гистероскопия, лазерная деструкция внутриматочных синехий выполнялась под ультразвуковым контролем, после операции всем пациенткам в полость матки вводили противоспаечный гель. У 212 пациенток второй группы обнаружены множественные сращения в нижней и средней трети полости матки, в области внутреннего зева. Деструкция сращений также проводилась под ультразвуковым контролем. В третьей группе из 166 пациенток диагностированы плотные единичные синехии, как правило, в средней или верхней трети полости. УЗ контроль не использовали.

Результат

Через 2-6 менструальных цикла после вмешательства 452 (82,6%) пациенткам была произведена контрольная офисная гистероскопия. У 26 из 161 (22,4%) пациенток I группы и 37 из 207 (17,8%) женщин II группы визуализировались единичные внутриматочные сращения, в связи с чем возникла необходимость в повторном вмешательстве. Ни у одной из 84 пациенток III группы при контрольной гистероскопии синехии не обнаружены. При дальнейшем наблюдении в течение 12 месяцев после вмешательства беременность самостоятельно наступила у 58(36%) женщин из 161 в первой группе, все беременности благополучно завершились родами. Во II группе известно о наступлении беременности у 89(45,6%) из 195 пациенток, в III группе беременность наступила у 59(72%) из 81 пациентки, на данный момент наблюдение за пациентками продолжается.

Заключение

Ультразвуковой мониторинг при внутриматочной лазерной хирургии у пациенток с синдромом Ашермана и множественными внутриматочными синехиями позволяет хирургу повысить эффективность вмешательства, сократить время операции и избежать интраоперационных осложнений.

ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВИРОВАПНИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Свиридова Н.И., Максимов С.Н.

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

Актуальность

Известным является тот факт, что полипы эндометрия характеризуются высокой частотой рецидивирования, следствием которой являются многочисленные внутриматочные вмешательства, не только снижающие качество жизни женщин, но и оказывающие повреждающее воздействие на эндометрий. В современных условиях лидирующее место в генезе ПЭ у женщин репродуктивного возраста занимает инфекционно-воспалительный фактор, что диктует необходимость изучения асссоциативной связи между ПВИ и риском рецидивирования ПЭ.

Цель

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты рецидивирования полипов эндометрия, ассоциированных в ВПЧ ВКР, у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Проведено обследование 86 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет, поступивших на гистероскопию, гистерорезекцию ПЭ. Показанием к госпитализации явилось наличие эхографических признаков ПЭ. Критерии включения: возраст пациенток от 18 до 45 лет, наличие морфологически верифицированных ПЭ без признаков атипии. Критерии исключения: АГЭ, наличие острого или обострения хронического воспалительного процесса органов малого таза; наличие терапии иммуномодулирующими препаратами в течение последних 6 месяцев; злокачественные новообразования любой локализации. Всем пациенткам проводили обследование: микроскопию мазка, цитологического исследования мазков с экто- и их эндоцервикса; ВПЧ-тестирование методом ПЦР-РТ с оценкой вирусной нагрузки, морфологическое исследование эндометрия.

Результат

В ходе исследования установлено, что в структуре морфологического состояния эндометрия преобладали полипы на фоне ХЭ (51,2%). Полипы на фоне неизменного эндометрия (эндометрий в стадии пролиферации) выявлены в 40,7% случаев. В то время как ГЭ без атипии верифицирована у 7 (8,1%) обследуемых. В результате проведенного анализа морфологической структуры ПЭ выявлены следующие формы: железистые – 11,7%, же-

лезисто-фиброзные – 80,2%, фиброзные – 8,1%. При этом, у каждой третьей пациентки с железистыми ПЭ, и у каждой второй пациентки с железисто-фиброзными ПЭ, выявлены признаки изъязвления полипов, что свидетельствует о воспалительных изменениях в эндометрии, которые обуславливают патогенетические механизмы их формирования и рецидивирования.

Все пациентки были разделены на две группы: I группу составили 39 (45,3%) женщин, имеющих рецидивирующее течение заболевания (два и более эпизода рецидива ПЭ); во II группу вощли 47 (54,7%) больных, с впервые выявленными ПЭ.

Установлено, что среди пациенток I группы ВПЧ ВКР диагностировано у 32 (82,1%) обследуемых, что было достоверно выше, чем во II группе – 16 (34%) ($p<0,05$). Среди ВПЧ ВКР типов у пациенток с рецидивирующими ПЭ преобладали: 16 тип (56,3%), 18 тип (43,8%), 31 тип (18,8%) и 51 тип (9,4%), в то время как в группе с впервые выявленными ПЭ: 16 тип (50,0%), 18 тип (37,5%), 31 тип (12,5%). Обращает на себя внимание тот факт, что среди пациенток I группы в 46,9% случаев диагностировали один тип ВПЧ, а у каждой третьей пациентки (31,3%) обнаружено два типа ВПЧ.

Результаты количественного генотипирования показали, что в изучаемой когорте пациенток клинически значимая вирусная нагрузка (от 3 до 5 lg ВПЧ на 100 000 клеток) выявлена у 65,6% и 62,5% женщин соответственно, в то время как повышенная концентрация ДНК ВПЧ (более 5 lg ВПЧ на 100 000 клеток) диагностирована у 28,1% и 31,3% больных соответственно.

Заключение

Таким образом, полученные данные позволяют рассматривать ВПЧ в качестве одного из предикторов рецидивирования полипов эндометрия, что диктует необходимость дифференцированного подхода к тактике ведения пациенток с данной патологией.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ

Свиридова Н.И., Хасаева М.И.

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

Актуальность

Наиболее распространенным проявлением послеродовой инфекции является эндометрит, частота которого в общей популяции родивших составляет 3-8%, а среди больных с послеродовыми воспалительными осложнениями – более 40%.

Как известно, вагинальный микробиом насчитывает более 400 видов микроорганизмов. Находясь в тесной связи со структурными компонентами влагалища, он играет важную роль в сохранении репродуктивного здоровья женщины.

Цель

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей микробиоценоза влагалища женщин, перенесших послеродовый эндометрит.

Материалы и методы

Проведено клинико-лабораторное обследование 42 пациенток в возрасте от 18 до 35 лет, перенесших послеродовый эндометрит, обратившихся в КДП ГБУЗ «Волгоградский областной клинический перинатальный центр №2». Критерии включения в исследование: возраст от 18 до 35 лет; 6-8 недель после родов; срочные роды через естественные родовые пути; перенесенная легкая форма послеродового эндометрита; информированное добровольное согласие пациенток на проведение необходимых диагностических мероприятий. Критерии исключения: хронические воспалительные заболевания органов малого таза; обострение хронической соматической патологии инфекционного генеза в послеродовом периоде; ОРВИ в послеродовом периоде; многоплодная беременность; миома матки; наружный генитальный и экстрагенитальный эндометриоз, аденомиоз; тяжелые формы экстрагенитальной патологии.

Согласно протоколу исследования всем пациенткам выполняли микроскопию мазка, оценку микробиоценоза влагалища методом количественной полимеразной цепной реакции в реальном времени.

Результат

Средней возраст обследуемых пациенток составил 28,1 ±4,2 года. В результате проведенного микроскопического исследования отделяемого влагалища установлено, что число лейкоцитов преобладало над числом эпителиальных клеток у 15 (35,7%) пациенток. Данный факт свидетельствовал о наличии воспалительной реакции в слизистой влагалища. В ходе проведения количественной ПЦР в реальном времени нарушение микробиоценоза влагалища установлено у 22 (52,3%) женщин. Следует отметить, что лактобациллы присутствовали в отделяемом влагалища у всех пациенток, их концентрация в среднем не превышала 4,6±0,5 log10 копий ДНК/мл. Микробиом влагалища изучаемой когорты пациенток был представлен как факультативными, так и и облигатными анаэробами. При этом среди факультативных анаэробных бактерий преобладали микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae (3,6±1,2 log10 копий ДНК/мл), Streptococcus spp. (3,2±0,8 log10 копий ДНК/мл), Staphylococcus spp. (2,9±0,8 log10 копий ДНК/мл). Среди облигатных анаэробных бактерий наиболее часто встречались Gardnerella vaginalis (3,1±0,9 log10 копий ДНК/мл), Atopobium vaginae (1,9±0,8 log10 копий ДНК/мл), Lachnobacterium spp. / Clostridium spp. (0,8±0,8 log10 копий ДНК/мл), Peptostreptococcus spp. (0,6±1,2 log10

копий ДНК/мл). Кроме того, в 33,3% случаев d составе ассоциации микроорганизмов диагностировали Candida spp. (1,8±1,6 log10 копий ДНК/мл), Ureaplasma spp. (1,4±0,5 log10 копий ДНК/мл) – в 28,65% , а Mycoplasma hominis (0,4±0,2 log10 копий ДНК/мл).

Заключение

Таким образом, выявленные нарушения микробиоценоза влагалища у женщин, перенесших послеродовый эндометрит, могут явиться факторами риска развития хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, что диктует необходимость своевременной диагностики, лечения и реабилитации с целью профилактики нарушений репродуктивной функции.

СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ: ФРАКЦИОННЫЙ ФОТОТЕРМОЛИЗ CO2-ЛАЗЕРОМ ИЛИ УРЕТРОПЕКСИЯ?

Согикян А.С., Шелудько А.П., Камаева Е.Г., Федотова О.И.

г. Ростов-на-Дону
ЧУЗ «Клиническая больница ОАО «РЖД-Медицина» города Ростов-на-Дону»

Актуальность

В данной статье представлен анализ различных методов коррекции пролапса гениталий у наших пациенток за 2018 – 2020 года. Все чаще с этой проблемой обращаются женщины трудоспособного возраста, не желающие мириться с состоянием, которое существенно снижает качество их жизни и степень социальной активности. Актуальность исследования повышается за счет «омоложения» данной патологии и необходимости поиска наиболее приемлемого способа ее коррекции.

Сложность патогенеза стрессового недержания мочи (СНМ) объясняет тот факт, что ни один из известных на сегодня методов хирургического лечения не позволяет раз и навсегда избавить всех пациенток от этого страдания. Современные теории связывают развитие стрессового недержания мочи с врожденной слабостью соединительной ткани, поэтому ведущим методом лечения заболевания является установка субуретральной петли из полипропилена с разными вариантами ее фиксации.

Цель

Оценить результаты лечения пациенток со стрессовым недержанием мочи (СНМ) с применением фракционного фототермолиза CO2-лазером, регулируемого субуретрального слинга УроСлинг (Линтекс) и Johnson & Johnson.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону». Сплошным методом отобраны 184 женщины в возрасте от 35 до 65 лет с неосложненным стрессовым недержанием мочи легкой, средней и тяжелой степени, которым выполнены фракционный фототермолиз CO2 лазером или установка субуретральной петли с фиксацией в обтураторной мембране.

Предоперационное обследование проводились в соответствии с рекомендациями ICS (International Continence Society). На следующий день после операции под контролем кашлевой пробы концы ленты подтягивались до прекращения подтекания мочи. После этого выполнялись урофлоуметрия и УЗИ мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи. На первые сутки после операции при отсутствии потери мочи и признаков обструкции, дистальные концы ленты и регулировочные нити срезались. Повторные визиты для послеоперационного осмотра проводились на сроках 1, 6, 12 месяцев. Объективным положительным результатом операции считали отсутствие потери мочи во время выполнения стресс пробы, а также отрицательный часовой Pad-тест. Улучшением считалось наличие СНМ меньшей степени выраженности. Рецидив заболевания – проявления СНМ той же тяжести, что и до операции. В качестве лечебной процедуры в нашем исследовании применена технология Aphrodite, выполняемая на CO2 лазере More-Xel с длиной волны 10630 нм в режиме фракционного фототермолиза. Нами были проанализированы результаты исследований у женщин со стрессовым недержанием мочи до проведения лечебных процедур и через 1–1,5 мес. после 3 сеансов фракционного фототермолиза.

Результат

Оценка удовлетворенности пациенток показала, что «очень» или «весьма» удовлетворены были 96,7% (178/184) пациенток.

Заключение

Применение регулируемого трансобтураторного субуретрального слинга Уроcлинг позволяет добиться высокой эффективности лечения у пациенток с неосложненным СНМ и снизить риск развития послеоперационной инфравезикальной обструкции.

Методика установки регулируемого субуретрального слинга УроСлинг проста и безопасна в применении, имеет высокую эффективность и может успешно использоваться как начинающими, так и опытными хирургами. Регулировка натяжения слинга в первые сутки после операции позволяет повысить эффективность хирургического лечения СНМ без проявления таких нежелательных последствий, как обструктивное мочеиспускание и задержка мочи. Таким образом, регулируемый трансобтураторный слинг может успешно использоваться в качестве первой линии хирургического лечения у пациенток со стрессовым недержанием мочи.

Терапия фракционным фототермолизом 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 психоэмоционального фона и качества жизни в целом. Данный способ может использоваться на ранних стадиях заболевания и как реабилитация в послеоперационном периоде.

ПОЧЕМУ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, А НЕ РАДИОХИРУРГИЯ?

Согикян А.С., Шелудько А.П., Самсонова И.П.

г. Ростов-на-Дону
ЧУЗ «Клиническая больница ОАО «РЖД-Медицина» города Ростов-на-Дону»

Актуальность

Раку шейки матки предшествует цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN), основным этиологическим фактором которой является вирус папилломы человека (ВПЧ). Данная группа заболеваний, обусловленная активностью ВПЧ, все чаще возникает у пациенток молодого возраста. Подход к лечению женщин детородного возраста должен быть направлен на сохранение детородной функции. То есть, должен быть максимально результативным и минимально повреждающим. К таким методам можно отнести лазерную вапоризацию и фотодинамическую терапию (ФДТ).

ФДТ – современный минимально инвазивный метод лечения, который продемонстрировал эффективность при широком спектре заболеваний, в том числе при злокачественных новообразованиях. К основным преимуществам ФДТ относят минимальную токсичность для здоровых тканей и незначительные системные эффекты, благодаря чему обеспечиваются органосохранность и хорошие функциональные результаты.

Цель

Целью данного исследования было изучить эффективность ФДТ в комплексном лечении ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки у пациенток репродуктивного возраста.

Материалы и методы

За 2019 – 2020 гг проведено лечение заболеваний шейки матки у 120 женщин с применением ФДТ в возрасте от 23 до 45 лет. В комплекс диагностических мероприятий были включены расширенная цифровая кольпоскопия, цитологическое исследование мазков с экзоцервикса, зоны трансформации и цервикального канала, морфологическое иссле-

дование биопсийного материала, исследование микрофлоры влагалища с использованием системы ФЕМОФЛОР-17, определение pH влагалища, молекулярнобиологическое тестирование ВПЧ методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), сканер TruScreen.

Терапия проводилась в три этапа: на первом осуществлялась коррекция микробиома и pH влагалища. На втором этапе осуществлялось противовирусное лечение с использованием препарата инозин пранобекс. При тяжелых формах поражения шейки матки (CIN II-III) терапия дополнялась радиоволновой эксцизией шейки матки в пределах здоровых тканей с выскабливанием цервикального канала. ФДТ проводилась с применением световода с линзой для облучения экзоцервикса, облучение эндоцервикса проводилось с помощью световода диффузионного типа. Мы использовали аппарат с длиной волны 662 нанометра. Мощность на выходе составляла 0,8-1,3 Вт. Общее время воздействия и число полей облучения рассчитывались в зависимости от нозологической формы с учетом объема шейки матки и необходимой плотности энергии. На третьем этапе проводилась стимуляция процессов эпителизации шейки матки. Эффективность терапии оценивалась через 3, 6 и 9 месяцев после лечения. Критериями эффективности служили: нормализация кольпоскопической картины, отсутствие атипических клеток при цитологическом исследовании, элиминация ВПЧ по данным ПЦР-теста.

Результат

Проведена оценка эффективности комплексного лечения заболеваний шейки матки, развившихся на фоне инфицирования ВПЧ, с применением ФДТ. Спустя 9 месяцев у 100% женщин, которым проведена ФДТ, отмечены отрицательные результаты ПЦР-теста. Полученные результаты подтверждают высокую противовирусную активность ФДТ и целесообразность использования данной методики в комплексном лечении преинвазивных заболеваний шейки матки.

Заключение

Отсутствие хирургической травмы при ФДТ способствовало сокращению периоду заживления, исключая возможность появления рубцовой ткани. Это дало возможность максимально сохранить функциональную и анатомическую полноценность шейки матки. Таким образом, применение ФДТ является современным и перспективным методом, позволяющим существенно повысить качество традиционных схем лечения. Полученные результаты при лечении пациенток с заболеваниями шейки матки показали высокую лечебную эффективность ФДТ с минимальным количеством побочных эффектов и отсутствием осложнений в сравнении с радиоволновыми методами. ФДТ является щадящей и в то же время эффективной терапией заболеваний шейки матки, что делает её предпочтительной для женщин репродуктивного возраста. Представленная эффективность метода требует более широкого его внедрения, изучения способов и показаний к его применению при различной, в том числе и хирургической патологии.

КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Солиева Р.Б.

г. Андижан
Андижанский Государственный Медицинский институт, Узбекистан

Актуальность

Гормональные изменения, свойственные каждому периоду жизни женщины, определяют состояние эпителия шейки матки и интенсивность ферментативных процессов во влагалище. Дисплазия шейки матки, протекающая на фоне нарушений микробиома влагалища, нарушения гормонального гомеостаза у молодых женщин, инфицированных ВПЧ, приводит к развитию рака шейки матки. На ранних стадиях своего развития она является обратимым заболеванием, поэтому ее своевременное обнаружение и устранение является надежным способом профилактики онкологической патологии.

Цель

Изучение структуры патологии шейки матки у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Изучен анамнез пациенток, проведены: гинекологический осмотр, мазок из 3х точек, бактерилогический посев из влагалища, вируса папилломы человек методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), расширенная кольпоскопия, исследования мазка по Папаниколау (ПАП-тест).

Результат

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 120 пациенток с различной патологией шейки матки в возрасте от 25 до 49 лет, в среднем 35±1,5 лет. Больше чем половины обследованных основной группы – 76 (63,3%) верифицированы вульвиты и вульвовагиниты. У 32 (26,7%) пациенток диагностирован баквагиноз, 20 (16,7%)- кандидоз, у 28 (23,3%) неспецифический вагинит, у 3 (2,5%)- трихомонадный кольпит.

В структуре патологии шейки матки лидировала гипертрофия шейки матки – 110 (91,7%), что свидетельствует о перенесенных воспалительных процессах шейки матки в прошлом. У каждой третьей пациентки – 34,2 на кольпоскопии диагностирована эктопия цилиндрического эпителия с атипической зоной трансформации. Доброкчественная зона трансформации диагностирована у 28,3%. Деформация шейки матки старыми разрывами у 29 (24,2%), рубцовая деформация шейки матки у 21 (17,5%), полип цервикального канала у каждой третьей пациентки – 12 (10,0%), у 17,5% верифицирован и подтвержден цитологически атрофический цервицит.

Заключение

Полученные результаты исследования диктуют необходимость углубленного обследования пациенток в репродуктивном возрасте с целью профилактики онкологической патологии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВПЧ У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ

Солиева Р.Б.1, Алиева Д.А.2

г. Андижан, г. Ташкент
Андижанский Государственный Медицинский институт, Узбекистан 1,
Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Акушерства и Гинекологии, Узбекистан 2

Актуальность

Согласно оценкам ВОЗ, ежегодно 357 млн людей в возрасте 15–49 лет заболевают 4 излечимыми ИППП, вызываемыми Chlamydia trachomatis (131 млн), Neisseria gonorrhoeae (78 млн), Treponema pallidum (6 млн) или Trichomonas vaginalis (142 млн). Столь же широка распространённость некоторых инфекций вирусного происхождения: 417 млн. человек имеют вирус простого герпеса 2-го типа (ВПГ-2), а около 291 млн. женщин – вирус папилломы человека (ВПЧ). Современные исследования показывают о неоспоримости этиопатогенетического фактора риска появление дисплазии многослойного плоского эпителия шейки матки и рака шейки матки с инфицированием вируса папилломы человека высокого онкогенного типа.

Цель

Выявить частоту распространения ВПЧ у пациенток с воспалительными заболеваниями гениталий.

Материалы и методы

Изучен анамнез пациенток, проведены: гинекологический осмотр, наличие хламидиоза, уреаплазмоза, гарднерелеза, микоплазмоза, вируса папилломы человек методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), расширенная кольпоскопия, исследования мазка по Папаниколау (ПАП-тест) и его интерпретация по системе Бетесда (2001г.), биопсия шейки матки, гистология биоптата.

Результат

Проанализированы клинико-лабораторные результаты 300 пациенток с воспалитель-

ными заболеваниями гениталий женщин от 18 до 49 лет, обратившиеся на обследование в консультативную поликлинику РСНПМЦ АиГ. Все женщины подписали информированное согласие на участие в исследование. Средний возраст обследованных женщин составил 30,1 лет. Обращает на себя внимание высокая частота инфекций, передаваемых половым путем диагностированный методом полимеразно-цепной реакции. Гандрелла обнаружена у 198 (66,0%), уреаплазменная инфекция диагностирована у 167 (56,0%), микоплазменная инфекция у 26 (8,7%), генитальный хламидиоз у 9 (3,0%) пациенток. Проведение расширенной кольпоскопии позволило выявить у подавляющего большинства – 255 (85,0%) женщин поражения шейки матки различной степени тяжести. Удовлетворительная кольпоскопия имела место у 163 (54,3%). Из них у 66 (22,0%) обнаружено только воспаление, у 88 (29,5%) диагностированы повреждения многослойного плоского эпителия низкой степени CIN, а у 9 (3,1%) диагностировано интраэпителиальные поражения высокой степени. Неудовлетворительная кольпоскопия у 137 (45,7%), у 63 (21%) воспаления, у 58 (19,1%) низкой степени повреждения CIN, у 16 (5,3%) высокая степень повреждения CIN. Проведение теста по Папаникалау показал что только у каждой 10 пациентки цитологическая картина была в пределах нормы. Реактивные изменения клеток без сочетания с неопластическими процессами, большую часть из которых составляют воспаления различной этиологии, отмечаются у 61 (20,3%) женщин. Патология плоского эпителия с атипическим плоским эпителием неопределенного значения (ASCUS) обнаружен у 29 (9,7%) женщин, (ASCUS/CIN1) у 43 (14,3%), не исключающий высокую степень повреждения (ASC-H/CIN II) – у 17 (5,7%). Цервикальные интраэпителиальные поражение низкого (LSIL) и высокого (HSIL) риска встречались у 112 (37,0%) и 9 (3,0%) пациенток соответственно. Анализ результатов тестирования 300 пациенток на 14 типов вируса папилломы человека высокого риска показал его распространение у 61 (20,3%) пациенток. У 43 (14,3%) пациенток был позитивным в филогенетических группах генитальных ВПЧ А9 (16,31,33,35,52,58), в А 7 группе (18,39,45,59) генотипы у 16 (5,3%), а в А5 (51 генотип), А6 (56 генотип) группах у 18(6%), одновременное присутствие нескольких типов ВПЧ встречался у 11(3,7%) женщин.Биопсия шейки матки была проведена 105 пациенткам. На основании анализа гистологических исследований биоптатов шейки матки верифицирована слабая дисплазия многослойного плоского эпителия у 69 (65,7%) пациенток, умеренная дисплазия многослойного плоского эпителия шейки матки у 36 (34,3%) пациенток.

Заключение

Изучение состояния шейки матки и влагалища у пациенток с ВЗОМТ позволило диагностировать довольно высокую частоту инфекций, передающихся половым путем, в том числе ВПЧ. Проведение кольпоскопии и ПАП теста явилось показанием к отбору пациенток для углубленной диагностики и лечения предраковых заболеваний и профилактике рака шейки матки.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Степанькова Е.А., Сухорукова А.О.

г. Смоленск
Смоленский государственный медицинский университет

Актуальность

На сегодняшний день актуальность исследований в области профилактики и лечения соматической патологии у беременных не уменьшается, эти разделы акушерства по-прежнему остаются сложной диагностической и лечебной проблемой, при этом значительный удельный вес имеет патология почек. Анализ осведомленности врачей-акушеров-гинекологов по данному вопросу показывает важность повышения информированности докторов по проблеме инфекций мочевыводящих путей у беременных.

Цель

Изучение особенностей диагностики инфекций мочевыводящих путей у беременных (ИМП), методов лечения и оценки проблемы антибактериальной резистентности в условиях практического здравоохранения.

Материалы и методы

Проведено выборочное групповое заочное анонимного анкетирование по специально разработанной анкете. Анкетирование 94 врачей акушеров-гинекологов г. Смоленска, г. Брянска и г. Калуги. Для автоматизации вычислений использовался табличный процессор Excel. Проверка статистической гипотезы проводилась на зафиксированном уровне значимости α=0,05.

Результат

Оказалось, что большинство врачей встречались в практике с ИМП у беременных, так 41,4% (p=0,059) респондентов до 5 раз в месяц; 37,2% (p=0,24) от 5 до 15 раз в месяц; 21,27% (p<0.005) более 15 раз в месяц. Структура нозологических форм ИМП была распределена следующим образом: бессимптомная бактериурия (ББ) – 67% (p<0.005), гестационный пиелонефрит (ГП) – 29,7% (p=0,273), острый цистит – 3,19% (p<0.005). Что касается этиологической структуры уропатогенов, то 85,1% (p<0.005) опрошенных отдавали лидирующие позиции E.Coli, второе место по распространенности – Enterococcus faecalis 8,5% (p<0.005), на третьем – Staphylococcus spp и Streptococcus spp 2,1% (p<0.005), Klebsiella pneumonia и Enterobacter cloacae наблюдались однократно – 1,1% (p<0.005). Не все респонденты считали титр 105 КОЕ/мл значимым для постановки диагноза бессимптомная бактериурия, только 91,4% (p<0.005) принимали его во внимание. 8,6% (p<0.005) считали значи-

мым титр 106 КОЕ/мл. 90,4% (p<0.005) опрошенных докторов не наблюдало осложнений беременности, протекавшей на фоне ИМП, 9,57% (p<0.005) встречались с осложнениями. Что касается терапии ББ беременных, то 46,8% (p<0.005) анкетируемых отдавали предпочтение препарату фосфомицин, 26,6% назначали амоксициллин/клавулановую кислоту, 26,6% (p=0,1) – препараты группы цефалоспоринов. Анализируя полученные ответов по проблеме антибактериальной резистентности, было выявлено, что 63,8% (p<0.005) респондентов считали, что такая проблема существует в их регионах, а 36,2% (p<0.005) докторов не имели данных о данной проблеме в их регионах.

Заключение

Статистический анализ ответов показывает, что опрашиваемое экспертное сообщество практикующих врачей является слабо согласованным. Данный результат имеет важное практическое значение. Поэтому для устранения рассогласованности по теоретическим и практическим вопросам на этапах послевузовского обучения врачей и специально проводимых конференциях должно быть уделено особенное внимание тем вопросам, по которым мнения врачей не является согласованным.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Степанькова Е.А., Сухорукова А.О.

г. Смоленск
Смоленский государственный медицинский университет

Актуальность

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются одним из самых частых осложнений беременности и не имеют тенденции к снижению. Основная патогенетическая терапия ИМП – антибактериальные препараты, которые, чаще всего, назначаются эмпирически. Для успешной антибактериальной терапии и снижения антибактериальной резистентности необходимо постоянное изучение региональных особенностей структуры уропатогенов, а также актуального профиля их резистентности.

Цель

Изучить видовой состав, антибиотикорезистентность и осложнения беременности у пациенток с инфекциями мочевыводящих путей во время беременности.

Материалы и методы

Ретроспективно было проанализировано 400 амбулаторных карт беременных, находящихся на учете по беременности в женской консультации клинического родильного

дома г. Смоленска в 2018-2019 г.г. Для автоматизации вычислений использовался табличный процессор Excel. Проверка статистической гипотезы проводилась на зафиксированном уровне значимости α=0,05.

Результат

Было выявлено, что у 4% пациенток ($p<0.005$) была диагностирована бессимптомная бактериурия (ББ), острый пиелонефрит диагностировался значительно реже в 0,25% случаев ($p<0.005$). Следует отметить, что в анамнезе у 3 пациенток (18,75%) с бессимптомной бактериурией отмечался хронический пиелонефрит и хронический цистит, данные заболевания в двух случаях обострялись в течение последнего года перед наступлением беременности. Структура возбудителей ИМП была представлена: E.coli, Proteus mirabilis, Klebsiella pneumonia, Streptococcus agalactiae. Наиболее часто выявляемыми возбудителями была кишечная палочка – 70% ($p<0.005$), Klebsiella pneumonia – 12% ($p=0,164$), Proteus mirabilis – 6% ($p=0,051$), Streptococcus agalactiae – 6% ($p=0,051$). Анализ антибиотикограмм выявил чувствительность уропатогенов к амикацину, амоксициллин/клавуланату, гентамицину, нитрофурантоину, сульфаметоксазол/триметоприму, фосфомицину, цефепиму, цефтазидиму, ципрофлоксацину, эртапенему. Устойчивость штаммов E.coli была выявлена к ципрофлоксацину – 20% ($p<0.005$), к фосфомицину – 10% ($p<0.005$), Proteus mirabilis к нитрофурантоину – 10% ($p<0.005$), Klebsiella pneumonia к фосфомицину – 10% ($p<0.005$). Отмечались следующие осложнения беременности и родов: анемия легкой степени в двух случаях (12,5%), преждевременное излитие околоплодных вод в двух случаях (12,5%), преждевременные роды в сроке 35 недель беременности у одной беременной (6,25%), первичная слабость родовой деятельности в одном случае (6,25%), в двух случаях была проведена эпизиотомия в родах (12,5%). Новорожденные не имели врожденной патологии и были оценены по шкале Апгар в 8-9 баллов.

Заключение

Основными возбудителями инфекций мочевыводящих путей у беременных были представители семейства Enterobacteriacae. При выборе антибактериального препарата для лечения инфекций мочевыводящих путей во время беременности необходимо всегда руководствоваться региональными данными о структуре уропатогенов и антибактериальной резистентности.

ХОРИОАМНИОНИТ В РОДАХ – ПЕРИНАТАЛЬНАЯ КАТАСТРОФА

Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Авдеева М.Е., Провкова Е.М., Яхудина Р.К.

г. Оренбург
Оренбургская областная клиническая больница №2, Областной Перинатальный Центр

Актуальность

Хориамнионит – это вызванное полимикробными ассоциациями инфекционное воспаление плодных оболочек и амниотической жидкости. Хориоамнионит является одной из наиболее распространенных причин преждевременного прерывания беременности, значительно повышает риски возникновения жизнеугрожающих состояний у плода и женщины.

Цель

Оценить особенности течения родов и перинатальные исходы у пациенток, перенесших хориоамнионит.

Материалы и методы

Выборочный ретроспективный анализ 30 историй родов за 2020 год в Перинатальном центре Оренбургской областной клинической больницы №2 пациенток, течение беременности и родов у которых осложнилось развитием хориоамнионита (ХА).

Результат

Возрастная характеристика: женщины среднего репродуктивного возраста составили 53,3% случаев, на группу возраста до 20 лет пришлось 13,4%, 21-29 лет – 33,3%. У 29 пациенток беременность наступила естественным путем, беременность в результате экстракорпорального оплодотворения наступила в одном случае. В 5 случаях (16,7%) имело место тазовоепредлежание плода, у 3 пациенток (10%) была многоплодная беременность двойней. Выраженность клинических проявлений ХА в родах имела свои особенности. Гипертермия, тахикардия матери, озноб наблюдались у 14 пациенток-46,7%. Гипертермия, тахикардия у матери и тахикардия у плода в 7 случаях-23,3%. У 100% пациентов, при наличии клинических проявлений ХА, в общем анализе крови выявлен лейкоцитоз. Только у 4 (13,3%) пациенток из 30 роды были в срок 37-41 неделя. Преждевременные роды произошли в 26 (86,7%) случаях: сверхранние преждевременные роды -11,5%, ранние преждевременные роды-38,5%, преждевременные роды-19,2%, поздние преждевременные роды-30,8% случаев. Длительность безводного промежутка составила: 0-16,7%, менее 6 часов

– 23,3%, 6-12 часов -13,4%, более 12 часов, но менее 1 суток -10%. Количество вагинальных осмотров в родах варьировало от 1 до 5, при этом наиболее часто – 43,3% случаев проведено 2 осмотра и у 33,3% пациенток выполнено 3 осмотра. Осложнения самостоятельных родов: преждевременное излитие вод — 66,7%, аномалии родовой деятельности-10%, травмы мягких тканей родовых путей-3,3%, гипотоническое кровотечение 6,7%, дефект последа 6,7%, плотное прикрепление последа 6,7%. Родоразрешение путем экстренной операции кесарево сечение проведено в 18 (60%) случаях. Хориоамнионит явился основным показанием к родоразрешению путем операции кесарева сечения в 16 (53,3%) случаях. В 3,3% случаев было выполнено в связи с декомпенсацией хроническойфетоплацентарной недостаточности и в 3,3% по поводу миопии высокой степени с изменениями на глазном дне, требующей исключения потужного периода. Объем кровопотери во время операции кесарево сечение соответствовал среднестатистическим значениями составил от 600 до 900 мл. Исходы для новорожденных. Оценка новорожденных по шкале Апгар в 8-10 баллов – 5 (16,7%) случаев. В состоянии асфиксии родилось 20 детей (66,7% случаев): при этом с оценкой 1-3 балла по Апгар – 6 новорожденных (20%), 4 -5 баллов – 8 (26,7%), 6-7 баллов 6- (20%). В 5 случаях констатирована антенатальная гибель плода. Большинство новорожденных 56,7% были переведены отделение реанимации новорожденных детей. 10% новорожденных потребовалось наблюдении в палате интенсивной терапии, и только 10 (33,3%) детей находились на совместном пребывании. Ведение послеродового периода у данных пациенток имеет свои особенности. Все родильницы в 100% случаев получали в послеродовом периоде лечение хориоамнионита. В соответствии с протоколом. 90% родильниц были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Трем пациенткам (10%) потребовался перевод на долечивание в гинекологическое отделение.

Заключение

Частота развития хориоамнионита напрямую коррелирует с наличием неблагоприятного гинекологического анамнеза, преждевременным излитием вод и длительностью безводного периода. Приводит к росту частоты преждевременных родов, осложнений послеродового периода, рождению новорожденных, нуждающихся в реанимации или интенсивной терапии. В основе снижения частоты ХА лежит работа по профилактике внутриматочных вмешательств, своевременная санация очагов хронической инфекции.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ ПЕРВОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НИЗКИМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ

Ткаченко Л.В., Гриценко И.А., Тихаева К.Ю., Гаврилова И.С., Долгова В.А., Савостова Е.А.

г. Волгоград
Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность

Изучен анамнез 80 женщин имеющих вторичное бесплодие и установленную преждевременную недостаточность яичников, критическое снижение овариального резерва. В группе женщин с искусственным прерыванием беременности в анамнезе наблюдались более низкие уровни содержания антимюллерова гормона в крови, а также получено меньшее количество ооцитов при лечении бесплодия методами ВРТ в сравнении с группой без прерывания беременности в анамнезе. Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) встречается у 1-7% женщин репродуктивного возраста. ПНЯ значительно влияет на качество и продолжительность жизни, поскольку связана не только с невозможностью реализовать репродуктивную функцию, но и с соматическими заболеваниями и состояниями такими как: деминерализация костей, когнитивная дисфункция, сердечно-сосудистые заболевания, гиперхолестеринемия и других. Существующие клинические рекомендации не соответствуют концепции превентивной предиктивной и персонализированной медицины и не способствуют ранней диагностике ПНЯ. Также в литературе отсутствуют достоверные данные о влиянии прерывания беременности в анамнезе на основные показатели овариального резерва и показатели эффективности лечения бесплодия.

Цель

Изучить влияние прерывания беременности в анамнезе на основные показатели овариального резерва у пациентов при лечении бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий.

Материалы и методы

Мы изучили анамнез женщин с бесплодием и установленной ПНЯ и/или критическим снижением овариального резерва среди пациентов отделения вспомогательных репродуктивных технологий. В исследование вошло 80 случаев лечения бесплодия методами ВРТ у пациентов со сниженным овариальным резервом (АМГ<1,2 нг/мл), в том числе 8 случаев критического снижения овариального резерва (АМГ<0,5 нг/мл). При этом в 25% (n=21) случаев женщин с бесплодием и низким овариальным резервом в анамне-

зе было прерывание беременности по собственному желанию в первом триместре беременности. При подробном изучении анамнеза только у 6 женщин (7,5%) были операции, которые могли привести к снижению резерва (цистэтомия, аднексэктомия и подобные). Остальные случаи – идиопатическое снижение овариального резерва, не связанное с хирургическими вмешательствами. В группе пациентов с искусственным прерыванием в анамнезе наблюдалось в среднем 4,3 антральных фолликулов, в то время как в группе пациентов без искусственного прерывания беременности – 5,5 антральных фолликулов в среднем. Также в ходе исследования было выявлено что среднее содержание АМГ у женщин с прерыванием беременности в анамнезе составило 0,7 нг/мл, а в группе без прерывания беременности – 0,9 нг/мл. Также проведена оценка результатов гормональной стимуляции при лечении бесплодия методами ВРТ. В группе с прерывание беременности по результатам гормональной стимуляции в среднем получали 3,8 ооцитов, в то время как в группе без прерывания 5,6 ооцитов.

Результат

Женщины с прерыванием беременности в анамнезе составляют значительную долю среди пациентов при лечении бесплодия методами ВРТ. Наличие прерываний беременности в анамнезе женщины связано с показателями овариального резерва и результатами гормональной стимуляции, а следовательно с эффективностью лечения бесплодия. Необходимо рассмотреть возможность проведения оценки овариального резерва перед прерыванием беременности в рамках доабротного консультирования с целью качественного информирования о возможности снижения овариального резерва, выявления факторов риска снижения овариального резерва.

Заключение

Целесообразно изучить предиктивные возможности факторов личного и семейного анамнеза репродуктивного анамнеза, морбидности пациентов с ПНЯ, особенностей их менструальной функции и другие. Идентификация таких факторов позволила бы формировать группы риска ПНЯ при проведении диспансеризации и медицинских осмотров несовершеннолетних и совершеннолетних. А также, оценивать факторы риска при самообращении пациентов к врачам акушерам-гинекологам, педиатрам, терапевтам. Выявление факторов риска позволило бы провести более качественное информирование пациента и профилактику ПНЯ.Работа выполнена при финансовой поддержке внутренних грантов ФГБОУ ВО ВолгГМУ.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВЫБОР ЖЕНЩИНЫ: МОДУЛЬНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА

Ткаченко Л.В., Гаврилова И.С., Гриценко И.А., Тихаева К.Ю., Савостова Е.А., Долгова В.А.

г. Волгоград
Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность

Актуализирована программа по профилактике девиантного поведения при репродуктивном выборе женщины с целью определения критериев эффективности новой модульной программы по доабортному консультированию беременных женщин в возрасте до 40 лет, проживающих на территории Волгоградской области и планирующих прервать первую беременность.

Основываясь на Концепции демографической политики РФ-2025, а также, актуализируя практический опыт специалистов кафедры социальной работы ВолгГМУ, полученный в ходе реализации Областной программы «Профилактика отказов от новорожденных детей в Волгоградской области «Вместе с мамой», утвержденной Постановлением Администрации Волгоградской области, настоящей группой исследователей был разработан проект по доабортному консультированию беременных женщин в возрасте до 40 лет, проживающих на территории Волгоградской области и планирующих прервать первую беременность. Данный проект направлен на работу, обучение, обеспечение оперативным материалом и литературой специалистов женских консультаций, а также беременных женщин, имеющих намерение прервать беременность.

Цель

Позиционирование модульной медико-социальной программы по доабортному консультированию беременных женщин в возрасте до 40 лет, проживающих на территории Волгоградской области и планирующих прервать первую беременность.

Задачей исследования явилось разработать модульную программу по доабортному консультированию беременных женщин в возрасте до 40 лет, проживающих на территории Волгоградской области и планирующих прервать первую беременность;определить критерии оценки медико-социальной эффективности модульной программы доабортного консультирования женщин в возрасте до 40 лет, проживающих на территории Волгоградской области и планирующих прервать первую беременность.

Материалы и методы

Компаративный анализ эффективности реализованных проектов Областной программы

«Профилактика отказов от новорожденных детей в Волгоградской области «Вместе с мамой», генерализация полученных данных, проектная деятельность.

Результат

Поскольку факторы риска, обуславливающих вариант психологического компонента гестационной доминанты, влияющей на намерение женщины прервать беременность в своем ядре основываются на социальном компоненте, то, модульная медико-социальная программа по доабортному консультированию беременных женщин в возрасте до 40 лет, проживающих на территории Волгоградской области и планирующих прервать первую беременность состоит из следующих блоков по обучению специалистов женских консультаций: о системе в семье и базовых законах системности; правовое обеспечение социальной защиты женщины в период ухода за ребенком до 14 лет; работа с ближайшим окружением женщины, имеющей намерение прервать беременность; кризисное консультирование, приемы и методы консультирования женщин (методические рекомендации для клинических психологов); психологическое доабортное консультирование (методические рекомендации для врачей).

Заключение

Критериями оценки эффективности медико-социальной модульной программы доабортного консультирования женщин в возрасте до 40 лет является: включение более 50 специалистов женских консультаций, стабильное снижение количества абортов более, чем на 10% в течении трех последующих лет, повышение качества информирования пациента (тестирование как форма оценки), повышение уровня экономической эффекта в отсроченной перспективе.

Работа выполнена при финансовой поддержке внутренних грантов ФГБОУ ВО ВолгГМУ.

Abstract: An updated program for the deviant behavior prevention in the female reproductive choice with the aim of efficacy criteria development of a new modular program for pre-abortion counseling for the pregnant women under the age of 40 living in the Volgograd region and planning to terminate their first pregnancy.

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Гриценко И.А.

г. Волгоград
Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность

В настоящее время миома матки является одним из наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваний, приводящих к нарушению репродуктивной функции. Это влечет за собой ежегодный рост числа органосохраняющих пластических операций на матке.

Цель

Повысить репродуктивный потенциал пациенток после миомэктомии путем профилактики спайкообразования в периоперационном периоде.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное изучение историй родов 472 беременных, поступивших в ВОКПЦ №2, на плановое оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения в связи с наличием рубца на матке после ранее произведенной миомэктомии.

Результат

В ходе исследования установлено, что большинство пациенток находилось в возрасте 31-35 лет (60,8%). Основными жалобами у пациенток после проведенной миомэктомии явились сохраняющиеся боли во время менструации (38,6%), НМЦ по типу обильных менструальных кровотечений и отсутствие самостоятельной беременности у каждой пятой больной (20,6%).

Первичное бесплодие диагностировано у каждой третьей больной (36%), в то время как вторичное бесплодие выявлено в 24,4% случаев. Большинство женщин реализовали свою репродуктивную функцию через 2 – 5 лет после миомэктомии (79,4%).

Среди гинекологических заболеваний у пациенток данной группы установлено: кольпиты различной этиологии встречались в анамнезе у 342 (72,5%) больных, доброкачественные заболевания шейки матки – в 42,6% случаев, хронический двухсторонний сальпингоофорит диагностирован у каждой четвертой пациентки.

Среди клинических проявлений миомы матки в анамнезе до миомэктомии преобладали: НМЦ по типу обильных менструальных кровотечений (ОМК) или межменструальных кровотечений (ММК) – 32,2%; болевой синдром (дисменорея, диспареуния) – 28,6%; нарушения функции тазовых органов – 5,5%, а также сочетание болевого синдрома и ММК – 40,5%.

Миомэктомия в анамнезе лапаротомическим доступом выполнена у 338 (71,6%) пациенток, лапароскопическим доступом – в 28,4% случаев.

У каждой четвертой пациентки (24,6%) во время беременности отмечен рецидив миомы матки. Во время операции кесарева сечения спайки в брюшной полости, были обнаружены у 302 (64,2%) пациенток. Из них I степень спаечного процесса (по классификации PAI)

выявлена у 204 (67,5%) пациенток, а II-третья – у 98 (32,5%). Состояние рубцов на матке нами было оценено как удовлетворительное у 350 (74,2%) больных, втяжение и истончение рубцов выявлено в 25,8%.

Все вышеизложенное диктует необходимость проведения ранней реабилитации репродуктивной функции после миомэктомии с целью сохранения репродуктивного здоровья и повышения качества жизни женщин фертильного возраста.

Нами разработан трехэтапный метод ранней реабилитации репродуктивной функции у женщин после миомэктомии, который заключался в следующем: на первом этапе за 45-60 минут до оперативного вмешательства пациентке внутривенно капельно вводят 1,0 г Транексама в разведении в 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия в течение 20–30 минут; второй этап – на заключительном этапе операции после миомэктомии, на область послеоперационного рубца наносится противоспаечный рассасывающийся гель Антиадгезин (5 г); и, наконец, третий этап – с 5 суток послеоперационного периода – вагинальное введение полифункционального ферментного препарата пролонгированного действия Лонгидаза по 1 суппозиторию 1 раз в 3 дня (10 суппозиториев на курс лечения).

В исследование вошли 104 пациентки репродуктивного возраста миомой матки и бесплодием, которым проведена миомэктомия с последующей ранней реабилитацией репродуктивной функции.

Заключение

Прегравидарная подготовка пациенток с миомой матки и бесплодием, включающая своевременное и тщательное обследование на этапе планирования беременности, обоснование четких показаний к миомэктомии, проведение ранней трехэтапной комплексной реабилитации с последующим назначением агонистов ГнРГ, обусловила наступление беременности у 65 (62,5%) из 104 пациенток с благополучным исходом у 41 (63,1%) из 65 женщин.

Currently, uterine fibroids are one of the most common gynecological diseases that lead to impaired reproductive function. This entails an annual increase in the number of organ-preserving plastic surgeries on the uterus.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Шишиморова С.Г.

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

Актуальность

В последнее десятилетие отмечается значительный рост заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека. С этих позиций, особого внимания заслуживают цервикальные интраэпителиальные неоплазии, которые предшествуют развитию инвазивного рака шейки матки. Согласно данным литературы, динамическое наблюдение пациенток с CIN I, приводит к регрессии плоскоклеточных поражений лишь в 57% случаев, персистенция наблюдается в 32%, а прогрессия – в 11% случаев.

Это диктует необходимость оптимизации тактики ведения пациенток с CIN I с включением препарата, эффективно блокирующего молекулярные механизмы патологической пролиферации и малигнизации ВПЧ-инфицированных клеток цервикального эпителия.

Цель

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности тактики ведения пациенток с цервикальной интраэпителиальной неоплазией слабой степени.

Материалы и методы

Нами проведено обследование 72 пациенток в возрасте от 18 до 35 лет с морфологически верифицированной CIN I, обратившихся на этапе планирования беременности. Критерии включения в исследование: возраст пациенток от 18 до 35 лет, наличие гистологически верифицированной CIN I; цитологически подтвержденный диагноз LSIL; удовлетворительная кольпоскопическая картина; наличие ВПЧ ВКР; согласие использовать барьерный метод контрацепции в течение всего периода исследования. Критерии исключения: необходимость проведения абляционных или эксцизионных методов лечения; наличие терапии иммуномодулирующими препаратами в течение последних 6 месяцев; наличие острого или обострения хронического процесса органов малого таза; положительные тесты RW или ВИЧ; тяжелые формы экстрагенитальной патологии; нарушения свертываемости крови; злокачественные новообразования любой локализации; индивидуальная непереносимость используемых лекарственных препаратов; беременность; период грудного вскармливания.

Все пациентки случайным образом были распределены на 2 группы. Основную группу составили 36 пациенток, которым наряду с активным наблюдением назначались вагинальные суппорзитории Цервикон-Дим в дозе 200 мг в сутки в течение трех месяцев. В группу сравнения вошли 36 пациенток, которым была выбрана тактика активного наблюдения.

Длительность наблюдения за пациентками составила 12 месяцев. Основой оценки эффективности лечения CIN I явился расчет доли пациенток с полной регрессией CIN I через 12 месяцев от начала активного наблюдения.

Результат

В ходе исследования установлено, что среди высокоонкогенных типов ВПЧ при CIN I у пациенток обеих групп преобладали: 16 тип (44,4% и 47,2% соответственно), 18 тип (22,2% и 19,4%), 31 тип (11,1% и 8,3%) и 51 тип (16,7% в обеих группах) в то время как среди низкоонкогенных типов ВПЧ преобладали: 6 тип (8,3% и 5,6% соответственно) и 11 тип (5,6% в обеих группах). Анализ исходов плоскоклеточных интраэпителиальных поражений легкой степени через 12 месяцев показал, что в основной группе регрессия CIN I наблюдалась у 91,7% пациенток, персистенция – в 8,3% случаев, в то время как в группе сравнения регрессия CIN I отмечена в 69,4% случаев, персистенция – у 25% больных, а прогрессия в CIN II – в 5,6% случаев.

Заключение

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о возможности включения препарата Цервикон-ДИМ, эффективно блокирующего молекулярные механизмы патологической пролиферации и малигнизации ВПЧ-инфицированных клеток цервикального эпителия, в комплекс лечения преинвазивных заболеваний шейки матки у молодых женщин.

ПРИНЦИПЫ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С ОТРИЦАТЕЛЬНЫМИ ИСХОДАМИ ВРТ

Трубникова Л.И., Маринова О.А.

ГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»,
Кафедра акушерства и гинекологии ИМЭиФК УлГУ

Актуальность

Несмотря на значительные успехи достигнутые в последнее десятилетие в диагностике и лечении женского бесплодия, проблема повышения эффективности ВРТ по-прежнему остается нерешенной, поскольку средняя частота наступления беременности в циклах ЭКО остается почти неизменной с 2013 года и составляет 38,4% на цикл, ЭКО/ИКСИ – 35,7%, программы с ДО – 45,5%. Это диктует необходимость поиска принципиально новых возможностей для создания качественно иных диагностических и лечебных технологий, которые раскрывали бы понимание фундаментальных процессов жизнедеятельности организма. Применение метода структуропостроения ФЖ позволит на основании полученных результатов разработать комплекс таргетной терапии для каждой конкретной пациентки.

Цель

Оценка метода структуропостоения ФЖ у 201 (81,4%) пациентки с отрицательными исходами ВРТ, разработка лечебно-терапевтических мероприятий по коррекции.

Материалы и методы

Обследованы 247 пациенток с бесплодием, у которые применялись методы ВРТ. В результате проведения стимуляции суперовуляции положительный результат был получен у 46 (18,6%) пациенток, отрицательный результат -у 201 (81,4%) пациентки. Клинико-анамнестические данные показали достоверные различия у пациенток с различными исходами ЭКО. Пациентки с отрицательными исходами имели больше экстрагенитальных заболеваний (3,2 забол. на 1 пац., 1,9 забол. – на 1 пац. при положительных исходах ЭКО). У 149 имелись формы субклинических и клинических эндокринопатий с преобладанием их сочетанных форм. Достоверно выше гинекологических заболеваний и перенесенных ИППП ($p<0,001$). Наблюдалось достоверное снижение прогестерона ($p<0,05$). У (59,9%) были низкие показатели эстрадиола в крови, повышены ЛГ(45,8%), ДГЭА-С (10,9%), пролактин (20,6%). Низкое качество яйцеклетки обеспечивается наличием ановуляторных циклов, в результате которых происходит развитие атретических мультифолликулярных фолликулов. Степень поражения рецепторного аппарата эндометрия достоверно различалась по сравнению с пациентками с положительным ЭКО ($p<0,001$). У четверти пациенток имелись фиброзно-склеротические процессы (1,2%), синехии (3,2%), состояние гипопластического эндометрия (5,3%), хронические эндометриты ((26,3%). У пациенток старше 36 лет преобладал трубно-эндокринный генез бесплодия ($p<0,05$).

Во время проведения пункции, капли ФЖ наносились на предметное стекло и подвергались исследованию методом клиновидной дегидратации, разработанным разработанным Академиком Шабалиным В.Н. и проф. Шатохиной С.Н. (1991).

Результаты

При анализе структуропостроения были выделены 4 типа фаций: 1-нормофация (4,1%), 2-упорядоченный тип (29,9%), 3-реактивный тип (28,8%), 4 – депрессивный тип (37,3%). Отрицательные исходы были получены во всех типах фаций 30%, 67,6, 78,9%, 100%, соответственно. Эти пациентки имели физиологически неустойчивое (41,3%), патологически неустойчивое (38,5%) и устойчивое (6,1%) состояние гомеостаза. Экстрагенитальные и гинекологические заболевания проявлялись большим числом патологических структур в фациях, которые характеризуют те или иные системные нарушения в организме. Количество патологических трещин при отрицательных исходах было в 7 раз больше ($p<0,05$), причем большее количество патологических трещин выявлено в 4 типе фаций и составило 6,5 на 1 пациентку ($p<0,05$). Выявленные трещины указывают нарушения в организме, на напряженность адаптационных механизмов гомеостаза в следствии латентно протекающих патологических процессов. При 3 и 4 -ом типе фаций определяется большое количество патологических трещин, свидетельствующих о сосудистых ми-

кроциркуляторных нарушениях, изменениях перфузии органов («трехлучевые трещины» в центральной зоне (38,9%), «гребешковые структуры»(7,3%), «штриховые» трещины(53,9%), атеросклеротических процессах («шипы» на трещинах), нарушениях эластичности сосудов «дуговые трещины»(46,6%), «широкие»(53,9%), «П-образные» трещины (38,9%), как следствии перенесенных хронических воспалительных заболеваний. Наряду с изменениями структуропостроения в фациях, обнаруживаются патологические маркеры, несвойственные нормальному гомеостазу. В фациях 3 и 4 типа встречались от 2 до 5 патологических маркеров, которые указывали на наличие воспалительных изменений в органах («языковые структуры» (25,6%); интоксикации («токсические бляшки» (29,8%), «морщины» (26,5%)). При более глубоких влияниях патологических факторов образуются деструктивные фации. С большим числом патологических трещин и маркеров, отражающих обменные нарушения, развитие ацидоза, склерозирование ткани яичников, эндометрия, миометрия. Подобные изменения относятся к большей части фаций 3-его типа и всем фациям 4 типа (нарушение структуропостроения, сочетание до 5 маркеров «черная сетка» (82,6%), «гребешковые структуры», «токсическая бляшка», «морщины», «листовидные структуры» (20,7%).

Выводы

При анализе структуропосторения фаций и выявлении видового состава трещин, указывающих на патологические процессы в организме можно разработать индивидуальный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, применимый у каждой конкретной пациентки, включающую таргетную терапию, направленную на улучшение микроциркуляции, противовоспалительную, метаболическую, спазмолитическую, назначение антигипоксантов и антиоксидантов.
А в случае выявления 4 типа фации, наличие в них «гребешковых структур», маркера «лист», «черная сетка» следует считать статистически значимыми и независимыми факторами прогноза отрицательного исхода ЭКО и следует воздержаться от применения методов ВРТ, поскольку это может усугубить деструктивные нарушения в органах и декомпенсированному состоянию организма.

Despite the significant progress achieved in the last decade in the diagnosis and treatment of female infertility, the problem of increasing the effectiveness of ART remains unresolved, since the average pregnancy rate in IVF cycles has remained almost unchanged since 2013. The use of the method of VF structural construction will allow, on the basis of the results obtained, to develop a complex of targeted therapy for each specific patient. Purpose of the study To evaluate the method of VF structured position in 201 (81.4%) patients with negative ART outcomes, to develop therapeutic and therapeutic measures for correction. Findings. When analyzing the structure of facies and identifying the species composition of cracks, indicating pathological processes in the body, it is possible to develop an individual complex of therapeutic and rehabilitation measures applicable to each specific patient, including targeted therapy

aimed at improving microcirculation, anti-inflammatory, metabolic, antispasmodic, the appointment of antihypoxants and antioxidants ... And if 4 types of facies are identified, the presence of "comb structures", the marker "leaf", "black mesh" should be considered statistically significant and independent factors in predicting a negative outcome of IVF and one should refrain from using ART methods, as this can aggravate destructive disorders in organs and decompensated state of the body.

ОТНОШЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН К МАТЕРИНСТВУ

Уквальберг М.Е., Жилина П.И., Трыкова Т.П., Маурина О.Б.

г. Петрозаводск
Петрозаводский государственный университет, медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии, дерматовенерологии, ГБУЗ «Городская поликлиника №1»

Актуальность

Психология материнства является одной из наиболее сложных областей. Актуальность изучения данной темы продиктована остротой демографических проблем, связанных с падением рождаемости, огромным числом распадающихся семей. Кроме того, данные негативные проявления осуществляются на фоне изменения семейных стереотипов ценностей, трансформации традиционных стереотипов репродуктивного поведения.

Цель

Оценить отношение к материнству современных женщин и проанализировать их готовность к выполнению роли матери.

Материалы и методы

Проведено анкетирование 88 пациенток женской консультации ГБУЗ «Городская поликлиники №1». В работе использована анкета, разработанная Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Городской консультативно-диагностический центр для детей «Ювента»(репродуктивное здоровье). Для статистической обработки использован стандартный пакет Microsoft Office 2010.

Результат

Все анкетируемые женщины были в возрасте 25-29 лет, 79,5% из них имеют постоянную работу и более половины из них (62,5%) живут вместе с мужем/партнером, 87,5% женщин воспитывалось в полной семье. Практически у всех опрошенных хорошие отношения с родителями и только у 2 женщин- неудовлетворительные. Родители помогают им как морально, так и в бытовом аспекте (в 35,3% случаев). Кроме того, нельзя не отметить, что каждой четвертой родители оказывают и финансовую помощь. Более полови-

ны женщин (62,5%) отмечает, что для них нет ничего важнее материнства. При планировании ребенка для 79,5% женщин важно мнение мужа и только 20,4% опираются только на свое личное мнение. Более половины (62,5%) женщин могут обратиться за помощью с вопросом о рождении и воспитании ребёнка к родителям. И никто из опрошенных женщин не обратился бы к психологам и педагогам. Все опрошенные женщины готовы увидеть себя в роли матери. Среди трудностей отмечают невозможность получения образования (20,4%), затруднительное материальное положение (4,5%), отсутствие поддержки родителей (3,4%), неуверенность в будущем (3,4%), неготовность быть родителем (4,5%). Большинство женщин (73,8%) отмечают, что их будущее только улучшится с появлением ребенка и только 3,4% респонденток считают, что их жизнь станет хуже.

Заключение

Все опрошенные женщины готовы увидеть себя в роли матери. При планировании ребенка для 2\3 женщин важно мнение мужа и 62,5% рассчитывают на материальную и психологическую помощь родителей. Обязательное наличие службы социально-психологической поддержки женщинам в условиях женской консультации поможет женщине планировать беременность, получить поддержку и помощь в мобилизации физических и психических сил для благополучного течения беременности и рождения здорового ребенка.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БЕСПЛОДИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Уквальберг М.Е., Иванова Н.А., Кормакова Т.Л., Медведева Е.В., Биккужин Р.В.

г. Петрозаводск
Петрозаводский государственный университет, медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии, дерматовенерологии, ГБУЗ «Городская поликлиника №1»

Актуальность

Согласно статистике ВОЗ за 2020 год с началом 21 века частота бесплодных браков превысила рубеж в 15%, цифры сегодняшнего дня достигают 21%. Среди причин женского бесплодия, трубно-перитонеальный фактор занимает ведущую роль. Современная концепция тактики ведения пациенток с установленным бесплодием основывается на ранней диагностике причины инфертильности женщин, и своевременного оказания оздоровительных мероприятий.

Цель

Оценить эффективность гистеросальпингографии (ГСГ) в диагностике бесплодия труб-

но-перитонеального генеза, а также определить медицинские аспекты данной проблемы.

Материалы и методы

Был проведен ретро- и проспективный анализ 90 амбулаторных карт пациенток, которым была выполнена ГСГ с целью уточнения причин бесплодия за 2016-2020 г.г. в женской консультации ГБУЗ «Городская поликлиника №1».

Результат

Установлено, что в структуре женского бесплодия преобладает вторичное бесплодие: у 57% (51 чел.), на долю первичного приходится 43% (39чел.). Проведя анализ по возрастным группам, установлено, что самую большую группу составляют женщины в возрасте 31-35 лет. Это 33% среди женщин с первичным бесплодием и 41% женщин со вторичным бесплодием. Среди гинекологической патологии у женщин с первичным бесплодием преобладает перенесенный сальпингоофорит- 30,7% (12чел.), эктопия шейки матки- 12,8% (5 чел.), эндометриоз – 10,2% (4 чел.), носитель ВПЧ- 7,6% (3 чел.), нарушение менструального цикла -5,1% (2 чел.). У пациенток с вторичным бесплодием ведущим по частоте встречаемости также является перенесенный сальпингоофорит- 15,6% (8 чел.), на втором месте эндометриоз, миома – 13,7% (7 чел.), нарушение менструального цикла и эктопия шейки матки – 11,7% (6 чел.).

По результатам ГСГ, трубный фактор как причина бесплодия обнаружен у 44 женщин (49%): у 14%-частичная обтурация, у 35%- полная обтурация одной или обеих маточных труб, причем преобладала у пациенток старше 30 лет. В остальных случаях обтурация не выявлена.

В 56 случаях, что составило 62,2% наступила беременность. У 18 женщин, что составило 20%, после выполненной ГСГ беременность наступила спонтанно в течение года. В 11,1% случаев (10 чел.) беременность наступила после устранения обтурации путем лапароскопического сальпингоовариолизиса. У 26,6% (24 чел.) беременность наступила после выполненного экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В 4,4% случаев (4 чел.) беременность наступила только после сальпингоовариолизиса и выполненного ЭКО. Однако, в 11,1% случаев (10 чел.) беременность не наступила после выполнения оперативных и/или вспомогательных репродуктивных технологий. У 1/4 пациенток (23 чел.) беременность не наступила в течение года после выполненной ГСГ. Эти женщины не предпринимали попытку лечения бесплодия или же выпали из поля зрения специалистов. Из 56 беременностей 44, что составило 77%, окончились срочными родами. В остальных случаях (10 чел.) беременность закончилась самопроизвольными выкидышами на раннем сроке, у 2 чел. – эктопическая беременность.

Заключение

В ходе исследования установлено, что при проведении ГСГ трубный фактор был выявлен у каждой второй пациентки, а у каждой пятой после проведенного исследова-

ния спонтанно наступила беременность. Таким образом, метод ГСГ обладает высокой информативностью в диагностике бесплодия трубно-перитонеального генеза, а также в силу своей низкой стоимости и малоинвазивности процедуры, может быть рекомендован в качестве рутинного метода исследования проходимости маточных труб на первом этапе диагностики бесплодия трубно-перитонеального генеза.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Уруджева Н.Г., Эседова А.Э., Гаджиева А.М., Аллахкулиева С.З.

г. Махачкала
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность

Проводя анализ по структуре заболеваемости и смертности человека на сегодняшний день метаболический синдром (МС) занимает одно из ведущих мест, причем с каждым десятилетием жизни частота смерти от сердечнососудистых заболеваний увеличивается в 3-5 раз. Существуют множество факторов риска развития метболического синдром. Известно, что эстрогендефицитное состояние неблагоприятно влияет на липидный профиль крови, состояние сосудов и, следовательно, состояние и работу сердца и мозга в целом. Кроме того, недостаточность эстрогенов оказывает существенное влияние на метаболизм глюкозы и инсулина, вызывая развитие гиперинсулинемии и, как следствие, инсулинорезистентность.

Эстрогены с целью устранения дефицита впервые были использованы для уменьшения симптомов менопаузы. Однако ученые заметили, что помимо уменьшения потливости, приливов, эмоциональной нестабильности и других климактерических симптомов, эстрогены, принимаемые в постменопаузе, снижают общую смертность. У женщин, применявших эстрогены в течение 10 лет и более, отмечено снижение смертности на 33%. При более детальном рассмотрении отдельных причин смерти оказалось, что у пациенток, которые использовали эстрогены, была меньше смертность от инфаркта миокарда, хронических заболеваний сердца и инсультов.

Эстрадиол также улучшает течение существующего сердечно-сосудистого заболевания, уменьшая частоту приступов стенокардии и подъемов артериального давления. Среди женщин с ангиографически подтвержденной коронарной болезнью сердца выживаемость на фоне приема эстрогенов значительно выше.

Таким образом, эстрогены обладают потенциалом защитного действия на сердечно-сосудистую систему, которое реализуется через различные механизмы. Патогенетически обоснованная менопаузальная гормональная терапия (МГТ) у женщин в постменопаузальном периоде позволяет профилактировать изменения, характерные для эстрогендефицитного состояния, тем самым помогают продлить активный период жизнедеятельности, увеличить продолжительность жизни, значительно снизить уровень сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Однако, известно, что у препаратов МГТ существуют абсолютные и относительные противопоказания. При абсолютных противопоказаниях препараты МГТ не назначают. При относительных противопоказаниях возможен подбор препаратов, его формы введения и дозы.

Цель

Выявить факторы риска, способствующие рзвитию метаболического синдрома у пациенток в постменопаузальном периоде.

Материалы и методы

В исследование было включено 109 пациенток в постменопаузальном периоде. Исследуемые пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа – 51 пациентка в постменопаузальном преиод с МС; 2 группа – 58 пациенток в постменопаузальном преиод без МС. Возраст пациенток колебался от 47 до 55 лет.

В ходе исследования мы проводили общий осмотр, сбор жалоб, гинекологическое обследование, исследование гормонального, липидного, углеводного профиля, биохимических маркеров костного метаболизма, параметров свертывающей системы крови, уровня витамина D в крови, инструментальные исследования (УЗИ органов малого таза, молочных желез, щитовидной железы, вен нижних конечностей).

Результат

При сборе гинекологического анамнеза были выявлены некоторые особенности: миома матки выявлена у 30 (58,8%) пациенток 1 группы , во 2 группе у 19 (32,8%) пациенток; эндометриоз в 1 группе – 23 (45,1%), во 2 группе – 13 (22,4%); заболевания шейки матки в 1 группе – 11 (21,6%), во 2 группе 12 (20,7%); ВЗОМТ в 1 группе 7 (13,7%), во 2 группе 7 (12,1%); гиперплазия эндометрия в 1 группе 24 (47,1%), во 2 группе 8 (13.8%); гормональное лечение в анамнезе у пациенток 1 группы 7 (13.7%), 2 группы 6 (10,3%).

Так частота пролиферативных заболеваний встречалась у пациенток с МС достоверно чаще, чем у пациенток без МС.

Заключение

По результатам проведенного исследования можно утверждать, что гинекологическая патология является фактором риска развития метаболического синдрома у пациенток в постменопаузальном периоде и значительно осложняет его течение. Очень важ-

но всем женщинам проводить ежегодные профилактические осмотры для своевременной диагностики гинекологической птологии, лечения и предотвращения осложнений в будущем.

РОЛЬ ЛОКАЛЬНОЙ ЦИТОКИНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Уруймагова А.Т., Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н., Донников А.Е., Иванова А.А.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Бактериальный вагиноз (БВ) является одной из наиболее частых причин рецидивирующих патологических вагинальных выделений у женщин репродуктивного возраста. Одной из проблем, стоящей перед учеными и врачами, является недостаточная эффективность терапии БВ, с высоким процентом рецидивирования заболевания. В настоящее время причины рецидивирования БВ у пациенток окончательно не определены. Внимание уделяется роли врожденного иммунитета в развитии и прогнозировании течения данного процесса. Известно, что при взаимодействии микроорганизмов с толл-подобными рецепторами TLR-2, TLR-4, происходит активация синтеза ряда провоспалительных цитокинов (ФНО-а, ИЛ-1в, ИЛ-6, IL-8, IL-12), в результате чего развивается воспалительная реакция.

Особое значение в патогенезе рецидивирующего БВ отводится дисбалансу локального синтеза цитокинов, являющихся регуляторами врожденного иммунитета слизистой оболочки влагалища. На рынке имеется препарат цитокинового комплекса локального применения Суперлимф, который представляет собой природные противомикробные пептиды и цитокины, обладает иммуномодулирующим, противовирусным и противомикробным действием.

Однако схемы комплексного лечения с включением иммунотропных препаратов не разработаны. Нет четких критериев оценки эффективности иммуномодулирующей терапии у данной категории пациенток.

Цель

Оценить эффективность применения локальной цитокинотерапии у пациенток с рецидивирующим БВ.

Материалы и методы

В исследование вошли 60 женщин, обратившихся в научно-поликлиническое отделение с диагнозом рецидивирующий БВ, поставленном на основании критериев R.Amsel, как минимум с 3 эпизодами рецидивов в течение последних 2 лет, прошедших обследование, согласно критериям включения и исключения. Пациенткам проводилось комплексное исследование микрофлоры урогенитального тракта (Фемофлор 16), определялся уровень экспрессия мРНК генов иммунного ответа IL-1β, IL-6, IL-8, TNFα в соскобах с боковых стенок влагалища методом ПЦР в режиме реального времени; ПЦР на патогены. В 1 группу были включены женщины с рецидивирующим БВ, получившие одноэтапную терапию комбинированным препаратом, содержащим метронидазол и миканазол в течение 7 дней. 2 группа включала женщин с рецидивирющим БВ, получивших после первого этапа иммуномодулирующую терапию препаратом «Суперлимф» в течение 10 дней. Эффективность оценивалась через 2,4,6 месяцев после терапии на основании критериев R Amsel и результатов лабораторных методов исследования.

Результат

При первом контрольном визите спустя 2 месяца после лечения в 1 группе рецидив БВ был выявлен у 4 пациенток (13,3%), в то время как среди пациенток 2 группы после проведенного лечения бактериальный вагиноз исключен клинически и лабораторно во всех случаях. В 1 группе уровень экспрессии цитокинов составил: IL-1β= 151,3+/-29,3 пг/мл; IL-6=25,7 +/-15,3 пг/мл; IL-8=501,2 +/-98 пг/мл; TNFα= 2,5 +/-0,9 пг/мл; во 2 группе IL-1β= 32,1+/-11,1 пг/мл; IL-6=20,6 +/-7,4 пг/мл; IL-8=364,2 +/-67,6 пг/мл; TNFα= 2,7 +/-1,1 пг/мл. Через 4 месяца после лечения в 1 группе рецидив БВ был выявлен еще у 2 пациенток (6,7%) и у 1 пациентки из 2 группы (3,3%). При оценке профиля экспрессии цитокинов были выявлены следующие показатели :в 1 группе: IL-1β= 182+/-39,8 пг/мл; IL-6=31,2 +/-10,1 пг/мл; IL-8=605,6 +/-114,5 пг/мл; TNFα= 2,03 +/-1,1 пг/мл; во 2 группе IL-1β= 45,3+/-14,6 пг/мл; IL-6=21,1 +/-11,5 пг/мл; IL-8=413,6 +/-101,5 пг/мл; TNFα= 2,4 +/-0,7 пг/мл. При оценке эффективности проведенной терапии через 6 месяцев рецидивирование БВ отметили 4 пациентки из 1 группы (13,3%) и 2 пациентки из 2 группы (3,3%). В 1 группе уровень экспрессии цитокинов составил: IL-1β= 320,6+/-89,4 пг/мл; IL-6=31,5 +/-16,7 пг/мл; IL-8=601,6 +/-250,6 пг/мл; TNFα= 2,3 +/-0,9 пг/мл; во 2 группе IL-1β= 101,5+/-56,8 пг/мл; IL-6=22,3 +/-9,6 пг/мл; IL-8=519,6 +/-126,8 пг/мл; TNFα= 2,38 +/-1,2 пг/мл.

Заключение

Таким образом, назначение комплексной терапии, включающей в себя локальную цитокинотерапию, при рецидивирующем БВ повышает эффективность лечения за счет воздействия на местный иммунный статус, снижая частоту рецидивирования заболевания.

АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ ПРОТИВООНКОГЕННЫХ МИКРОРНК ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Файзуллин Л.З., Трофимов Д.Ю., Назарова Н.М., Аттоева Д.И., Прилепская В.Н., Бурменская О.В., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Для дифференциальной и ранней диагностики, прогнозирования течения неопластических процессов изучаются различные молекулярно-генетические маркеры. Актуальным является определение уровня экспрессии микроРНК при доброкачественных, неопластических процессах и раке шейки матки для точной дифференциальной диагностики процесса.

Цель

Изучить особенности экспрессии противоонкогенных микроРНК при различных заболеваниях шейки матки для точной дифференциации степени неопластического поражения.

Материалы и методы

Клинические, цитологическое исследование, молекулярно-генетические: ВПЧ-тест с определением 21 типа ВПЧ; измерение уровня экспрессии микроРНК (143, 145, 199, 122) методом количественной ПЦР в реальном времени с использованием коммерческих примеров TaqMan miRNA Assay (Life Techologies, Grand Island, NY), набора реагентов TaqMan Universal PCR Master Mix (Life Techologies, Grand Island, NY) и детектирующего амплификатора ДТ-96 (ООО «ДНК-Технология», Россия.

Результат

С целью дифференциальной диагностики ВПЧ ассоциированных поражений шейки матки был проведен анализ экспрессии четырех противоонкогенных микроРНК – 143, 145, 199, 122 в сосокобах эпителия шейки матки у 122 пациенток 5 групп, из них 1 группа NILM – 30 (24,5%) (контроль), 2 группа с хроническим цервицитом 21 (17,2%), 3 группа с LSIL (CINI) 32(26,2%), 4 группа с HSIL (CIN II-III) 26 (21,3%) и 5 группа с РШМ 13 (10,6%). Отмечено снижение экспрессии микроРНК-143 в эпителии шейки матки в зависимости от степени тяжести неопластического процесса. Наибольшее снижение отмечено при РШМ – в 11,6 раз (p=0,0001), при HSIL – 3,8 раз, LSIL – 2,2 раза. При этом, экспрессия микроРНК-143 при РШМ в 3,1 раза ниже, чем при HSIL (p=0,03) и в 5,3 раза ниже, чем при

LSIL (p=0,008) по сравнению с группой 2 (хронический цервицит).

Снижение экспрессии микроРНК-145 наблюдалось по сравнению с группой контроля в 3,8 раз при РШМ (p=0,0006), 1,7 раз при HSIL (p=0,04) и в 2 раза при LSIL (p=0,002).

Экспрессия микроРНК-199 была снижена у пациенток 3,4 и 5 групп (LSIL, HSIL и РШМ), однако зависимости от тяжести поражения не выявилось.

При оценке уровня экспрессии микроРНК-122 не было выявлено достоверных различий между исследуемыми группами. С целью оценки возможности применения экспрессии микроРНК для дифференциальной диагностики степени неопластического поражения был применен ROC-анализ. В отношении РШМ при уровне экспрессии микроРНК-143 ниже 0,31 у.е., чувствительность составила 73,3%, специфичность – 84,6%.

Был проведен многофакторный дискриминантный анализ с пошаговым исключением переменных для построения дискриминантной модели принадлежности к классу в соответствии с результатами исследования. В ходе анализа было установлено, что наилучшими дифференцирующими свойствами обладает микроРНК-143. Уровень данной микроРНК является единственной независимой переменной, ассоциированной со степенью тяжести цервикальной неоплазии. Лямбда Уилкса для микроРНК-143 составила 0,83 (p=0,004). Вероятность наличия РШМ у женщин с уровнем экспрессии микроРНК-143 ниже 0,31 у.е. повышен в 15,3 раз. Применение ROC-анализа позволяет также дифференцировать РШМ от HSIL – при уровне отсечки 0,05 у.е. чувствительность дифференциации составляет 80,8%, специфичность – 61,5%, отношение шансов составляет 6,72 (p=0,012). Наибольшей диагностической ценностью для оценки степени тяжести неопластических поражений обладает уровень экспрессии микроРНК-143 (чувствительность – 73%, специфичность – 77,85%). При снижении менее порогового уровня экспрессии (0,32 у.е) риск неопластического поражения повышается в 9,63 раза.

Заключение

С целью своевременного определения неопластического процесса и определения дальнейшей тактики ведения ВПЧ-позитивных пациенток с нормальными результатами цитологического исследования (NILM), целесообразно проводить оценку экспрессии противоонкогенных микроРНК-143. Определение микроРНК-143 и -145 при цитологическом заключении LSIL и гистологическом диагнозе LSIL (CINI) можно рассматривать в качестве прогностического маркера, риска прогрессии неопластического процесса.

Резюме

Изучены особенности экспрессии противоонкогенных микроРНК при различных заболеваниях шейки матки для точной дифференциации степени неопластического поражения. С целью своевременного определения неопластического процесса и определения дальнейшей тактики ведения ВПЧ-позитивных пациенток с NILM, целесообразно проводить оценку экспрессии противоонкогенных микроРНК-143.

Определение микроРНК-143 и -145 при цитологическом заключении LSIL и гистологическом диагнозе LSIL (CINI) можно рассматривать в качестве прогностического маркера, риска прогрессии неопластического процесса.

Various molecular genetic markers are being studied for differential and early diagnosis and prediction of the course of neoplastic processes. It is important to determine the level of microRNA expression in benign, neoplastic processes and cervical cancer for accurate differential diagnosis of the process.

Brief summary: The features of expression against-oncogenic microRNAs in various diseases of the cervix were studied to accurately differentiate the degree of neoplastic lesion. In order to timely determine the neoplastic process and determine the further management tactics of HPV-positive patients with NILM, it is advisable to evaluate the expression of anti-oncogenic microRNA-143. The determination of microRNA-143 and -145 at the cytological conclusion of LSIL and histological diagnosis of LSIL (CIN I) can be considered as a prognostic marker of the risk of progression of the neoplastic process.

СПЕКТР АМИНОКИСЛОТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА

Хачатрян З.В., Солдатова Е.Е., Франкевич В.Е., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Задержка роста плода (ЗРП) одна из ведущих проблем современного акушерства, занимает важное место в структуре причин заболеваемости в пери- и постнатальном периодах. Продолжается поиск тестов, позволяющих на основании изучения метаболомного профиля беременных изучить механизмы развития ЗРП, выявить неинвазивные прогностические и диагностические маркеры и разработать методы, направленные на профилактику и коррекцию нарушений.

Цель

Провести сравнительный анализ спектра аминокислот для выявления неинвазивных маркеров задержки роста плода.

Материалы и методы

В исследование включены 38 беременных: основная группа – 17 пациенток с ЗРП; кон-

трольная группа – 21 женщина с физиологическим течением беременности. Анализ образцов осуществляли с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией. Статистическую обработку экспериментальных данных проводили с помощью скриптов. Для оценки эффективности метода использовался ROC-анализ.

Результат

Пациентки не имели значимых различий по возрасту, соматической, гинекологической заболеваемости. Гестационный срок при родоразрешении в группе с ЗРП составил 35,4 нед. Проведен количественный хромато-масс-спектрометрический анализ и расчет концентраций 43 аминокислот. Выявлено 18 метаболитов со статистически значимыми различиями. При корреляционном анализе выявлена зависимость между определяемыми метаболитами и клинико-анамнестическими данными. Умеренная корреляционная связь ЗРП была выявлена с 3 аминокислотами – β-аланином (rs=0,413, p=0,003), цистином (rs=0,588, p<0,001) и орнитином (rs = 0.427, p=0,002). Для определения значимости данных аминокислот в качестве диагностического теста при ЗРП был проведен ROC-анализ, который охарактеризовал полученную модель как хорошую, и обосновал перспективность использования для выявления групп беременных с ЗРП: β-аланина с AUC=0,75 (95% ДИ 0,62-0,89), чувствительностью 77%, специфичностью 68%; цистина с AUC=0,86 (95% ДИ 0,76-0,96), чувствительностью 62%, специфичностью 100%; орнитина с AUC=0,76 (95% ДИ 0,62-0,90), чувствительностью 77%, специфичностью 68%.

Заключение

Поскольку задержка роста плода сопровождается нарушением процессов обмена веществ, как у матери, так и у плода, изучение метаболомного профиля беременных представляет большой интерес в связи с перспективностью выявления потенциальных прогностических маркеров задержки роста плода.

РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ Е-КАДГЕРИНА В ПЛАЦЕНТЕ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА

Хачатурян А.А., Красный А.М., Солдатова Е.Е., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Задержка роста плода всегда сопровождается теми или иными изменениями в плаценте и является несомненным свидетельством наличия плацентарной недостаточности и мо-

жет быть связана с плодовыми, плацентарными и материнскими факторами. В настоящее время интерес представляет изучение роли молекул клеточной адгезии, в частности различных форм Е-кадгерина в развитии синдрома задержки роста плода.

Цель

Изучить уровни и соотношение растворимой (80 kDa) и трансмембранной (120 kDa) форм Е-кадгерина в плаценте при задержке роста плода.

Материалы и методы

Исследованы плаценты: 18 из которых получены от женщин с синдромом задержки роста плода (основная группа) и 20 – с физиологически протекающей беременностью (группа контроля). Методом вестерн-блоттинга был определен уровень растворимой и зрелой формы Е-кадгерина в плаценте. Методом полимеразной цепной реакции в реальном времени определен уровень экспрессии гена Е-кадгерина.

Результат

Уровень трансмембранной формы Е-кадгерина в группе с задержкой роста плода был снижен в 2,5 раза, а растворимой формы – в 4,8 раза ($p<0,05$). Соответственно их соотношение составило в группе с задержкой роста плода 1,6 ($p<0,05$), в контрольной группе – 0,8 ($p<0,05$). Уровень экспрессии гена Е-кадгерина CDH1 в плацентах группы с задержкой роста плода был снижен в 1,3 раза, по сравнению с группой контроля ($p>0,05$).

Заключение

Полученные результаты указывают на значимость определения уровня растворимой (80 kDa) и трансмембранной (120 kDa) форм Е-кадгерина, а также их соотношение при задержке роста плода, что может способствовать пониманию механизмов развития данной патологии и появлению новых возможностей ее диагностики.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Чакчурина И.А., Радзинский В.Е., Хамошина М.Б.

г. Москва
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России

Актуальность

Для подростков характерно раннее начало половой жизни, рискованное сексуальное поведение, рост беременностей и родов в юном возрасте. Подростковая беременность ас-

социирована с более высокой частотой осложнений гестации, родов, послеродового периода, а также с рождением маловесных детей со слабым здоровьем.

Цель

Выявить предикторы осложнений беременности, родов, послеродового периода и неблагоприятных перинатальных исходов у девушек-подростков.

Материалы и методы

Основная группа состояла из 388 первородящих женщин моложе 19 лет, в контрольную группу вошли 416 первородящих женщин оптимального репродуктивного возраста 20-29 лет, отобранных по типу копия-пара. Для исследования использовалось анкетирование, клинические, инструментальные, математические и статистические методы исследований. В качестве основного программного обеспечения использовалась программа STATISTICA 6. Для определения достоверности различий применяли критерии: t-критерий Student, Mann-Whitney, Fisher. Проводился корреляционный анализ Spearman и Pirson.

Результат

Юные беременные достоверно чаще были безработными (ОШ = 1,86; 95%ДИ: 1.34-2.58), студентами (ОШ = 138,33; 95%ДИ: 19,18-997,68), не состояли в браке (ОШ = 3,40; 95%ДИ: 2,49-4,65), курили (ОШ = 5,70; 95%ДИ: 4,05-8,02). Для них было характерно раннее менархе (ОШ = 2,15; 95%ДИ: 1,61-2,87) и коитархе (ОШ = 11,23; 95%ДИ: 5,32-23,67), первая по счету беременность (ОШ = 2,22; 95%ДИ: 1,45-3,4), пренебрежение контрацепцией (ОШ = 0,16; 95%ДИ: 0,11-0,24). У подростков чаще наблюдались нарушения менструального цикла (ОШ = 4,11; 95%ДИ: 1,65-10,24), встречался узкий таз (ОШ = 3,81, 95%ДИ: 1,71-8,5), отсутствовало наблюдение в женской консультации по беременности (ОШ = 4,70, 95%ДИ: 1,76-12,6). У юных женщин была выше частота вагинита (ОШ = 2,93; 95%ДИ: 1,14-7,59), анемии (ОШ = 1,76; 95%ДИ: 1,31-2,38), многоводия (ОШ = 1,82; 95%ДИ: 1,11-2,98), инфекционных заболеваний (ОШ = 1,64; 95%ДИ: 1,06-2,55), преждевременных (ОШ = 2,77; 95%ДИ: 1,12-6,37) и быстрых родов (ОШ = 1,97; 95%ДИ: 1,22-3,19), осложнений позднего послеродового периода (ОШ = 1,53; 95%ДИ: 1,06-2,2), неправильного вставления головки плода (ОШ = 4,92; 95%ДИ: 1,06-22,9), хронической гипоксии плода (ОШ = 3,12; 95%ДИ: 1,72-5,63), клинически узкого таза (ОШ = 2,52; 95%ДИ: 1,26-5,04), крупного плода (ОШ = 1,84; 95%ДИ: 1,13-2,99). Была выше вероятность кесарева сечения у юных женщин (ОШ = 1,79; 95%ДИ: 0,83-3,84), достоверно чаще рождались маловесные (ОШ = 5,92; 95%ДИ: 1,71-20,48) и недоношенные дети (ОШ = 3,21; 95%ДИ: 1,42-7,27). Было выявлено достоверное увеличение частоты синдрома угнетения и возбуждения ЦНС (ОШ = 3,28; 95%ДИ: 2,06-5,23), реализации ВУИ (ОШ = 6,13; 95%ДИ: 3,32-11,32), морфофункциональной незрелости (ОШ = 2,32; 95%ДИ: 1,21-4,46) и ишемического поражения ЦНС (ОШ = 1,92; 95%ДИ: 1,06-3,5), чаще наблюдался РДС новорожденного и пороки развития мочеполовой системы ($p<0,05$).

Заключение

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить ряд предикторов неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов у подростков.

Adolescents are characterized by early onset of sexual activity, risky sexual behavior, and an increase in pregnancies and births at a young age. Teenage pregnancy is associated with a higher rate of complications of gestation, childbirth, and the postpartum period, as well as with the birth of small children with poor health.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНОГО ИНФИЛЬТРАТА ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ

Чуприненко Л.М., Крутова В.А., Просолупова Н.С., Колосова О.С., Шевчишина О.П.

г. Краснодар
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Актуальность

Плоскоклеточные цервикальные интраэпителиальные неоплазии (CIN) одна из распространённых патологий у женщин репродуктивного возраста. Инфицирование высоко-онкогенными вариантами вирусов папилломы человека стволовых клеток эпителия шейки матки реализует механизмы онкогенеза с прогрессией в инвазивную карциному. Отсутствие существенного снижения заболеваемости карциномами шейки матки на протяжении последних лет определяет необходимость дальнейшего изучения морфогенеза плоскоклеточных поражений.

Цель

Оценить участие иммунокомпетентных клеток в прогрессии плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное нерандомизированное контролируемое исследование. Материалом послужили 60 биопсийных образцов ткани шейки матки, из них в 20 случаях диагностированы плоскоклеточные поражения низкой степени LSIL, в 40 случаях – высокой HSIL (CIN II и CIN III). Средний возраст пациенток в группе с поражением LSIL составил 29,0±3,1 лет, в группе HSIL – 37,8±5,5 лет. Группой контроля (n=15) послужил операционный материал гистерэктомий, выполненных по поводу миомы матки и аденомиоза. Средний возраст в группе контроля – 43,9±2,9 лет.

Иммуногистохимическим методом в ткани шейки матки определяли количество CD3+

Т-лимфоцитов и CD68+ клеток (макрофаги и нейтрофильные лейкоциты). Оценивали количество клеток в эпителиальном пласте и субэпителиальном инфильтрате. При увеличении объектива микроскопа x100 в 5 полях зрения просчитывали количество клеток, рассчитывали среднее значение и ошибку среднего M±m. С помощью критерия Шапиро-Уилка установлено, что в изучаемых группах наблюдалось нормальное распределение значений.

Результат

Установлено, что в группе пациенток с LSIL количество интраэпителиально расположенных CD3-позитивных Т-лимфоцитов составило 5,8±1,1 клетки, что в 1,4 раза превысило значения группы контроля, при HSIL число этих клеток возросло в 5,1 раза ($p<0,001$). Количество CD3-позитивных клеток в субэпителиальном инфильтрате при LSIL больше значений группы контроля в 2,1 раза, при HSIL в 4,4 раза ($p<0,001$). Содержание CD68-позитивных клеток в эпителиальном пласте биоптата при LSIL составило 7,2±0,9 клетки, что в 11,6 раза превышало контрольные значения ($p<0,001$). В группе с HSIL их количество больше контроля в 24,2 раза ($p<0,001$). В субэпителиальном инфильтрате содержание CD68-позитивных клеток при LSIL выше контроля в 5,3 раза, при HSIL – в 3,7 раза ($p<0,001$).

Заключение

Таким образом, установлено, что прогрессия плоскоклеточных поражений сопровождается существенным изменением клеточного микроокружения в тканях шейки матки. Увеличение содержания иммунокомпетентных клеток в пределах диспластически измененного эпителиального пласта и субэпителиального слоя стромы шейки матки отражает участие этих клеток на различных этапах канцерогенеза.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ПОЛИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ: РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Чуприненко Л.М., Крутова В.А., Просолупова Н.С., Сороченко А.А., Шевчишина О.П.

г. Краснодар
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Актуальность

Эндометриальные полипы (ЭП) представляют собой очаговую гиперплазию слизистой оболочки матки, в ряде случаев склонную к рецидивированию. Патогенетические механизмы и роль хронического воспаления в развитии ЭП не в полной мере охарактеризова-

ны в современной научной литературе. В соответствии с локализацией и структурными особенностями отличают полип истмической части матки, полип, покрытый функциональным слоем эндометрия (функциональный), полип базального слоя эндометрия (гиперпластический), аденомиоматозный (содержит выраженный гладкомышечный компонент), сенильный (имеет атрофию эпителия желез и выраженный фиброзный компонент) и полип, который характеризуется признаками структурной и цитологической атипии (ранее – аденоматозный).

Цель

Оценить роль хронического воспаления в рецидиве полипа эндометрия у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Дизайн – проспективное нерандомизированное контролируемое исследование. Материалом послужили образцы ткани после проведенного диагностического выскабливания полости матки у 64 женщин по поводу рецидивирующего ЭП. Средний возраст пациенток – 36,0±1,2 лет. Группу контроля составили биоптаты эндометрия от 20 женщин, проходивших обследование перед процедурой ЭКО и не имевших признаки воспалительных или гиперпластических процессов в эндометрии. Средний возраст пациенток группы контроля – 33,8±2,7 лет. Иммуногистохимическим методом в клеточном инфильтрате эндометрия определяли количество CD138+ плазмоцитов. С помощью компьютерной морфометрии вычисляли количество этих клеток на 1 мм2 площади среза.

Результат

При гистологическом исследовании установлено, что в 71,9% рецидивирующие ЭП имели гистологическое строение гиперпластического полипа, в остальных случаях были функциональными.

Результаты морфометрии показали, что при функциональном типе ЭП количество плазматических клеток в инфильтрате составило 2,2±0,2 на 1 мм2 площади среза. При гиперпластических ЭП количество плазмоцитов в эндометрии было больше в 5,5 раза и составило 16,6±1,5 на 1 мм2 ($p<0.001$). У женщин группы контроля плазматические клетки в эндометрии не найдены.

Заключение

Течение воспалительного процесса микроскопически проявляется формированием в тканях клеточного инфильтрата, состав которого отражает характер и особенности течения флогогенной реакции. При хроническом воспалении инфильтрат в тканях сохраняется на протяжении длительного времени и состоит главным образом из клеток гематогенного происхождения, в котором преобладают мононуклеары. Лимфоциты и моноциты, оказавшись в очаге воспаления, приобретают способность к трансформации и продукции

значительного количества медиаторов воспаления, которые определяют пролиферацию и гибель клеток, процессы ангиогенеза и репарации ткани. Установленная нами инфильтрация ткани плазматическими клетками, которая значительно преобладала при гиперпластическом варианте ЭП, указывает на роль хронического воспаления в патогенезе рецидива заболевания и может служить его прогностическим фактором.

ВЛИЯНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА (НГЭ) НА СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ

Шалина М.А.[1], Ярмолинская М.И.[1,2]

1. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург
2. ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

Актуальность

Костное ремоделирование представляет сопряженную активность остеобластов и остеокластов, продолжается на протяжении всей жизни, и зависит от множества факторов, в том числе от действия половых гормонов, которые играют ведущую роль в формировании скелета и поддержании костной массы. На накопление пиковой костной массы и состояние костной ткани воздействует и прием лекарственных средств, в том числе используемых для лечения НГЭ. Негативное влияние препаратов на костную ткань ограничивает срок применения консервативной терапии заболевания и диктует необходимость дополнительного назначения add-back-терапии.

Цель

Оценить состояние минеральной плотности кости (МПК) у женщин с НГЭ на фоне лечения агонистов (аГнРГ), ингибиторов ароматазы, диеногеста 2 мг.

Материалы и методы

Обследовано 325 женщин в возрасте от от 22 до 43 лет (32,8 ± 0,6 года) получавших консервативное лечение НГЭ, из них 118 пациенток – аГнРГ (1 группа), 132 – диеногест 2 мг (2 группа) и 75 – ингибиторы ароматазы (летрозол 2,5 мг в сочетании с линестренолом 5 мг в сутки) (3 группа). Всем женщинам назначался дополнительный прием препаратов кальция и витамина D3. Остеоденситометрия выполнялась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии с помощью денситометра (Hologic Discovery) до назначения терапии НГЭ и через 6 месяцев лечения. Определялась МПК поясничного отде-

ла позвоночника (L1-L4) и проксимальных отделов бедра, результаты оценивали по абсолютным (BMD, г/см²) и относительным (T, Z-критерий) величинам, согласно критериям ВОЗ. Всем пациенткам проводилось общее клиническое и гормональное обследование. В случае выявления потери костной массы по данным остеоденситометрии женщинам проводилось дообследование показателей костного метаболизма.

Результат

До назначения терапии снижение МПК выявлено у 48% пациенток (из них у 4,8% значения МПК соответствовали остеопорозу). Наиболее часто снижение МПК отмечалось в поясничном отделе позвоничника. которая представлена трабекулярной, более метаболически активной костной тканью. Необходимо отметить, что выраженность потери костной массы зависела от дополнительных факторов риска, таких как исходные значения и темпы накопления пиковой костной массы, индекса массы тела, нарушений менструального цикла по типу олиго- и аменореи и длительных периодов ановуляции, а также сопутствующих заболеваний и наличии терапии, оказывающих влияние на состояние плотности кости. При проведении остеоденситометрии через 6 месяцев лечения показатели МПК были ниже у пациенток 3 группы, но достоверных отличий до назначения терапии и при оценке МПК в динамике выявлено не было ни в одной группе женщин. Так, до начала терапии и через 6 месяцев показатели МПК женщин первой группы составили: BMD (L1-L4) 0,893 ± 0,011 г/см², BMD (шейки бедра) – 0,680 ± 0,017 г/см² и (L1-L4) 0,873 ± 0,012 г/см² , BMD (шейки бедра) – 0,672 ± 0,015 г/см²; второй – (L1-L4) 0,890 ± 0,011 г/см², – BMD (шейки бедра) – 0,671 ± 0,016 г/см² и (L1-L4) 0,886 ± 0,010 г/см², – BMD (шейки бедра) – 0,669 ± 0,017 г/см², третьей – BMD (L1-L4) 0,887 ± 0,011 г/см², BMD (шейки бедра) – 0,678 ± 0,017 г/см² и (L1-L4) 0,873 ± 0,012 г/см² , BMD (шейки бедра) – 0,670 ± 0,015 г/см², соответственно. Уровень ионизированного кальция в среднем составил 1,11 ± 0,02 ммоль/л, остеокальцина – 26,1 ± 1,7 нг/мл, 25-гидроксивитамина Д – 31,6 ± 2,7 нг/мл, паратиреоидного гормона 52,5 ± 4,3 пг/мл, уровень креатинина был в норме у всех больных. На основании результатов повторных остеоденситометрий было установлено, что у женщин с исходными значениями МПК, находящимися в пределах нормы, применение аГнРГ, ингибиторов ароматазы, диеногеста на фоне ежедневного применения препаратов кальция и витамина D3 в необходимых дозировках, не сопровождалось снижением данных показателей. В группе пациенток с выраженной остеопенией и остеопорозом, которые дополнительно получали антирезорбтивную терапию (деносумаб 60 мг, бисфосфонаты, выявлен прирост МПК (в среднем на 2,9 3,5%.)

Заключение

Проведение двухэнергетической остеоденситометрии целесообразно до назначения и в процессе лечения НГЭ женщинам с дополнительными факторами риска снижения МПК. Применение препаратов кальция и витамина D3 при лечении НГЭ позволяет предотвратить потери МПК. В случае выявления выраженной остеопении и остеопороза необходимо своевременное назначение специфической терапии остеопенического синдрома,

которая может включать пероральное или парентеральное назначение эстрогенов, биоидентичных натуральным, с гестагенным компонентом при интактной матке, в качестве add-back-терапии, а также назначение антирезорбтивной терапии при выраженном снижении МПК.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ, ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Шелехин А.П., Баев О.Р.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Преэклампсия является одним из самых опасных в акушерской практике осложнением и сопровождается высокой материнской и перинатальной смертностью и заболеваемостью. Основными клиническими проявлениями преэклампсии является впервые возникшее повышение артериального давления (АД>140/90 мм.рт.ст.), протеинурия (свыше 0,3 г/сут), а также отеки после 20 недель беременности.

Цель

Изучить особенности клинической картины, течения беременности, родов и перинатальные исходы у женщин с осложненной преэклампсией беременностью.

Материалы и методы

Ретроспективно были проанализированы истории родов женщин с беременностью, осложненной преэклампсией и истории развития новорожденных (n=30). Из них 15 наблюдений беременностей с умеренной преэклампсией (n=15) и 15 наблюдений беременностей с тяжелой преэклампсией (n=15).

Результат

Преэклампсия в анамнезе была выявлена в 5 случаях (16,7%). Маркеры преэклампсии определялись в 56% случаев. В структуре заболеваний и осложнений первой половины беременности преобладали ОРВИ (33,3%), ранний токсикоз (26,7%), анемия (33,3%), хроническая артериальная гипертензия (30%), хронический пиелонефрит (26,7%), хр. цистит (20%). Во второй половине гестации – анемия, отеки беременных (56,7%), угрожающие преждевременные роды (30%), гестационный сахарный диабет (20%), истмико-цервикаль-

ная недостаточность (16%), маловодие (16,7%), многоводие (10%). Плацентарная недостаточность и задержка роста плода выявлены у 30% женщин, хроническая гипоксия плода – у 26,7% женщин. Преждевременное излитие околоплодных вод осложнило течение беременности в 10% случаев. Операция кесарева сечения была выполнена в 17 случаях (56,7%), в том числе 11 операций (64,7%) в экстренном порядке, в основном, в связи с прогрессирующей преэклампсией. При ведении влагалищных родов (n=13) отмечались лучшие перинатальные исходы.

53,4% родов были своевременными (n=16) со средней массой детей при рождении 3235±150г. 56,6% родов были преждевременными со средней массой детей новорожденных 1425±150г. В структуре перинатальной патологии у новорожденных были выявлены неонатальная желтуха, анемия, врожденная пневмония, гипербилирубинемия новорожденных, ДВС-синдром, тахипноэ новорожденных, РДС, низкая масса тела при рождении. Один случай смерти недоношенного новорожденного на 4 сутки после кесарева сечения, масса тела новорожденного при рождении 870 г.

Заключение

Проведённое исследование показывает, что в современных условиях преэклампсия проявляется разной клинической симптоматикой. Часто определению тяжести данной патологии мешает размытая клиническая картина (относительно невысокие цифры АД при выраженной протеинурии и, напротив высокое АД при незначительной протеинурии), клинические проявления преэклампсии не всегда сочетаются с положительными биохимическими маркерами. При относительно удовлетворительных исходах для матери, неонатальные исходы остаются менее благоприятными.

Практические врачи сталкиваются с различными проявлениями, с разной степенью тяжести преэклампсии, неодинаковыми исходами для матери, плода и новорожденного. Целью данного исследования являлось изучение особенностей клинической картины, течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с осложненной преэклампсией беременностью.

Preeclampsia is characterized by various manifestations? Varying degrees of severity of the course, unequal outcomes for the pregnant woman and the fetus. The aim of this study is to study the features of the clinical picture, the course of pregnancy, childbirth and perinatal outcomes in women with pregnancy complicated by preeclampsia.

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ В СОСТАВЕ «ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА Г. МАГНИТОГОРСК», ФУНКЦИИ, ЗАДАЧИ, ОПЫТ РАБОТЫ

Шеметова М.В., Рядчикова Т.А., Аникеева А.Ш.

г. Магнитогорск, Челябинская обл.
ГАУЗ «ЦОМиД» г. Магнитогорск, женская консультация

Актуальность

Среди медицинских учреждений, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, особая роль принадлежит женской консультации.

Цель

Для улучшения качества и доступности оказания медицинской помощи губернатором Челябинской области Текслером А.М. было принято решение о реорганизации детской городской больницы в форме присоединения к ней родильных домов с женскими консультациями и межрайонным перинатальным центром, отделениями перинатальной диагностики и трёх детских поликлиник. Были сформированы педиатрический и акушерско-гинекологический модули, организован централизованный забор крови с доставкой биоматериалов в базовую лабораторию, централизованы диагностические службы больницы. Это позволило обеспечить равную доступность медицинской помощи для пациентов всех районов города. В 2020 году женская консультация прикреплена к ГАУЗ «Центр охраны материнства и детства г. Магнитогорск», что позволило улучшить преемственность оказания акушерско-гинекологической и педиатрической помощи на амбулаторном и стационарном уровне.

Материалы и методы

Женская консультация работает по территориально-участковому принципу, фактически организовано 8 территориальных участков с численностью населения 6-8 тыс. человек каждый. Здесь обслуживается более 56 тысяч женщин, из них 40284 – репродуктивного возраста.

Основой деятельности ЖК является оказание высококвалифицированной профилактической и лечебно-диагностической помощи женщинам, а также активная санитарно-просветительская работа среди обслуживаемого населения. Качество работы женской консультации определяет успехи в предупреждении акушерской и перинатальной патологии, оказывает значительное влияние на состояние здоровья женщин и будущего поколения.

Результат

В 2012 году на базе ЖК был создан «Центр кризисной беременности» для реализации медико-социальных мероприятий, направленных на сохранение и укрепления здоровья женщин и семьи, их медико-социальную защиту, поддержку, профилактику абортов и отказов от новорожденных в родильных домах. В прошлом году проконсультировано 5693 человек, из них 567- желающих прервать беременность. После консультации в ЦКБ 125 женщин (22%) решили сохранить беременность.

На базе ЖК еженедельно проводится городской перинатальный консилиум, куда направляют беременных с высокой степенью риска по материнской и перинатальной патологии для решения вопросов маршрутизации пациентки, тактики ведения беременности, выбора лечебно-профилактического учреждения для родоразрешения, определения срока и метода родоразрешения, а также определения медицинской организации для оказания медицинской помощи ее новорожденному ребенку. Подключена система информационной связи (on- line) с областным перинатальным консилиумом для решения на месте вопросов маршрутизации беременных высокой группы риска. Ежегодно через консилиум проходит более 1000 женщин.

Заключение

Таким образом, создание «Центра охраны материнства и детства» в г. Магнитогорске позволило оказывать в полном объёме высококвалифицированную, специализированную консультативно-диагностическую и лечебную помощь детям и будущим мамам. Женская консультация пользуется большой популярностью среди населения и по праву считается передовым звеном в системе учреждений охраны здоровья матери и ребенка.

Thus, the creation of the «Center for the Protection of Motherhood and Childhood» in Magnitogorsk made it possible to provide fully qualified, specialized consultative, diagnostic and therapeutic assistance to children and expectant mothers. Women's consultation is very popular among the population and is rightfully considered the leading link in the system of maternal and child health care institutions.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У РОДИЛЬНИЦ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

Шиляева Е.Г., Кузнецова Е.П., Овчинникова Ю.А., Шубина И.С.

г. Ижевск
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Актуальность

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19), перенесенная во время беременности, возможно оказывает влияние на плод, что отражается на его внутриутробном развитии и состоянии новорожденного. Исследования плацент у родильниц, перенесших COVID-19, могут помочь решить, имеется ли связь гистологических изменений, вызванных COVID-19 и состоянием новорожденных.

Женщина, болеющая новой коронавирусной инфекцией, не всегда передает вирус плоду. Но, несмотря на это, возможны состояния со стороны плода, которые говорят о его внутриутробном страдании. Также, малоизучен вопрос гистологического изменения плацент при COVID-19. Исследования плацент у родильниц, перенесших COVID-19, могут помочь решить, имеется ли связь гистологических изменений, вызванных COVID-19, и состоянием новорожденных.

Цель

Изучение особенностей состояния новорожденных и данных гистологического исследования плацент у пациенток, перенесших COVID-19 в период гестации.

Материалы и методы

Данные карт рожениц и родильниц пациенток г. Ижевска.

Результат

Нами были проанализированы 11 карт рожениц и родильниц, которые перенесли новую коронавирусную инфекцию в течении беременности. Пациентки были родоразрешены в Родильном доме №6 БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» г. Ижевск и в Родильном доме №5 БУЗ УР «ГКБ №7 МЗ УР». Средний возраст беременных, перенесших COVID-19, составил 29,9±3,7г.

Для подтверждения COVID-19 всем беременным был проведен ПЦР тест. Сроки гестации при подтверждении COVID-19 были от 11,6 недель до 39,0 недель беременности. При этом заражение COVID-19 подтверждено в I триместре у 1 (9,1%) женщины, во II у 2 (18,2%), в III у 11 (72,7%) женщин. На момент родоразрешения у 2 пациенток срок беременности составил от 34,0 до 36,6 недель – 18,2%, доношенная беременность у 9 (81,8%) пациенток.

При родоразрешении родилось 11 детей. Среди новорожденных низкая масса тела 1500-2500 г. была у 2 детей (18,1%), масса тела 2500-3000г. у 3 (27,2%), 3000-3500г. у 4 (36,3%), 3500-4000 г. у 2 (18,1%) новорожденных. Средний вес составил: 3031,3 ± 508,3 г. При оценке по Шкале АПГАР: 8 новорожденных (72,7%) имели оценку 8-9 баллов, 3 детей (27,3%) родились в асфиксии: 2 (18,1%) детей средней степени (6-7 и 7-9 баллов соответственно), 1 (9,0%) ребенок в асфиксии тяжелой степени (1-4-6 баллов). Реанимационные мероприятия в родовом зале проводились 2 (18,1%) детям. На искусственной вентиляции лёгких находился 1 (9,0%) ребенок с диагнозом респираторный дистресс- синдром.

Оценивая патологоанатомические результаты 6 плацент родивших женщин: компенсаторно-приспособительные изменения плаценты низкие у 1 (16,6%) плаценты, средние у 5 (83,4%) плацент. Острая плацентарная недостаточность диагностирована у 3 (50%) плацент, из них: низкая у 1(16,6%), средняя у 1 (16,6%), высокая у 1 (16,6%). Хроническая плацентарная недостаточность диагностирована в 100% случаев, из них низкая в 33,3%, средняя и высокая в 33,3%. Восходящая бактериальная инфекция диагностирована у 1 (16,6%) плаценты – оболочечная, 1 стадия. При этом гематогенная инфекция диагностирована в 100% случаев.

Рассчитаны риски по антенатальному инфицированию плода – высокий в 33,3% случаев. Риск гипоксического поражения центральной нервной системы плода: минимальный в 66,6% случаев, высокий – в 33,3%. Риск развития эндометрита у матери в 33,3% случаев.

Заключение

Большинство плодов родились при доношенной беременности со средним весом 3031,3 ± 508,3 г. Большинство новорожденных имели оценку по Шкале АПГАР 8-9 баллов, однако 3 детей родились в асфиксии средней и тяжелой степени. Реанимационные мероприятия в родовом зале понадобились 2 (18,1%) детям. При оценке патологоанатомического исследования плацент выявлена хроническая плацентарная недостаточность и гематогенная инфекция в 100% случаев.

A new coronavirus infection transmitted during pregnancy may affect the fetus, which affects its intrauterine development and the condition of the newborn. Studies of placentas in postpartum women who have had COVID-19 may help to determine whether there is a link between histological changes caused by COVID-19 and the condition of newborns.

ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕБОЛЕВШИХ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

Шиляева Е.Г., Кузнецова Е.П., Овчинникова Ю.А., Шубина И.С.

г. Ижевск
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Актуальность

Учитывая непрогнозируемое течение новой коронавирусной инфекции, большое значение имеет выбор метода и тактики родоразрешения беременных пациенток, перенесших данное заболевание. В ходе исследования было выявлено, что большинство пациенток были родоразрешены при доношенной беременности путем операции кесарево сечение. Оперативное родоразрешение преимущественно носило экстренный порядок.

Новая коронавирусная инфекция (далее COVID-19) относится к заболеваниям, представляющих опасность для окружающих, с возможным непредсказуемым молниеносным течением у беременных женщин. Учитывая непрогнозируемое течение заболевания, очень большое значение имеет выбор метода и тактики родоразрешения таких пациенток.

Цель

Изучение особенностей родоразрешения беременных пациенток, перенесших COVID-19 в период гестации.

Материалы и методы

Данные карт рожениц и родильниц пациенток г. Ижевска.

Результат

Нами были проанализированы 11 карт рожениц и родильниц, которые перенесли новую коронавирусную инфекцию в течении беременности. Пациентки были родоразрешены в Родильном доме №6 БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» г. Ижевск и в Родильном доме №5 БУЗ УР «ГКБ №7 МЗ УР». Средний возраст беременных, перенесших COVID-19, составил 29,9±3,7г.

Для подтверждения COVID-19 всем беременным был проведен ПЦР тест. Сроки гестации при подтверждении COVID-19 были от 11,6 недель до 39,0 недель беременности. При этом заражение COVID-19 подтверждено в I триместре у 9,0% женщин, во II у 18,1%, в III у 72,7% женщин.

На момент родоразрешения у 2 пациенток срок беременности составил от 34,0 до 36,6 недель – 18,2%, доношенная беременность у 9 (81,8%) пациенток. Родоразрешены через естественные родовые пути у 2 (18,2%) беременные, путем операции кесарево сечение – 9 пациенток (81,8%). Оперативное родоразрешение в плановом порядке было в 27,2% случаях, в экстренном порядке – в 54,6%. Показаниями к экстренному оперативному родоразрешению стали: вторичная слабость родовой деятельности у 1 (9,1%) беременной, клинический узкий таз у 3 (27,2%), внутриутробная гипоксия плода у 2 (18,1%) женщин.

Проанализировав течение родов, получены следующие результаты: средняя продолжительность I-ого периода родов – 6 часов 7 ± 17 минут, II-ого периода родов 10±2,1 минут, III-ого периода родов 5±1,2 минут. Характер околоплодных вод: светлые в 72,7% случаев, светло-зеленые в 18,2%, зеленые – в 9,1%. Безводный промежуток в среднем составил 4 часа 40 минут. Средняя кровопотеря при родах через естественные родовые пути составила 190,7±28,2 мл, при родоразрешении путем операции кесарево сечение 661,5 ±102,2 мл.

Заключение

Большинство пациенток были родоразрешены при доношенной беременности. Однако метод родоразрешения в 81,8% случаев был путем операции кесарево сечение. Оперативное

родоразрешение преимущественно было в экстренном порядке – в 54,6%. Однако показания к экстренному оперативному родоразрешению носили акушерско-гинекологический характер – вторичная слабость родовой деятельности, клинический узкий таз, внутриутробная гипоксия плода.

Given the unpredictable course of a new coronovirus infection, the choice of the method and tactics of delivery of pregnant patients who have suffered from this disease is very important. The study revealed that most of the patients were delivered during full-term pregnancy by caesarean section. Operative delivery was mostly of an emergency order.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ЗАРАЖЕНИЯ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

Шиляева Е.Г., Кузнецова Е.П., Овчинникова Ю.А., Шубина И.С.

г. Ижевск
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Актуальность

В ходе исследования было выявлено, что клинические проявления новой коронавирусной инфекции у беременных носили неспецифический характер, пневмония была зарегистрирована только у 26,0% пациенток. После перенесенного COVID-19 повышалась частота гестационных осложнений: угрозы прерывания беременности, анемии.

Беременные женщины относятся к пациентам с высокими факторами риска по развитию осложненного течения острых респираторных вирусных заболеваний. Новая коронавирусная инфекция (далее COVID-19) относится к заболеваниям с возможным непредсказуемым молниеносным течением у беременных женщин. Влияние вируса и специфические эффекты COVID-19 у беременных женщин остаются неизвестными.

Цель

Изучение особенностей течения гестации на фоне COVID-19.

Материалы и методы

Данные 23 индивидуальных медицинских карт беременных и родильниц г. Ижевска.

Результат

Средний возраст беременных, перенесших COVID-19, составил 29,9±3,7г. Среди беременных 19 (82,6%) женщин на момент заболевания COVID-19 работали. Экстрагенитальная патология была выявлена у 22 (95,6%) пациенток. В структуре экстрагенитальной патологии преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы у 20 (86,9%) беремен-

ных. Для подтверждения COVID-19 беременным в 100,0% случаев был проведен ПЦР тест. Сроки гестации при подтверждении COVID-19 были от 11,6 недель до 39,0 недель беременности. Заражение COVID-19 подтверждено в I триместре в 34,7% случаев, во II – в 26,0%, в III – в 39,1%.Оценивая клинические проявления новой коронавирусной инфекции у беременных, самый распространенный симптом – заложенность и отделяемое из носа у 17 (73,9%) женщин; далее, кашель у 12 (52,1%), повышение температуры тела до 38,0°С у 6 (26,0%), повышение температуры тела выше 38,0°С у 8 (34,7%), одышка, чувство стеснения в груди у 3 (13,0%), головная боль у 2 (8,6%), боль в горле у 2 (8,6%), слабость, ломоту, миалгии отмечали 6 (26,0%) беременных и родильниц, нефротический синдром у 1 (4,3%) женщины. Подтвержденная пневмония была зарегистрирована в 26,0% случаев (из них полисегментарная в 8,6% случаев, интерстициальная в 4,3%, двусторонняя в 8,6%, односторонняя – в 4,3%) и острый бронхит в 4,3%. Анализируя осложнения беременности можно выделить следующие: угроза прерывания беременности встречалась у 14 (60,8%) женщин. Впервые после перенесенной COVID-19 инфекции угроза прерывания беременности встречалась у 7 (50,0%) женщин. Частота анемии I степени до перенесенной инфекции была зафиксирована в 17,3% случаев, после перенесенной инфекции – в 52,1%. Впервые зарегистрировано маловодие после перенесенной инфекции у 2 (8,6%) обследуемых, многоводие – у 3 (13,0%). Нарушение маточно-плацентарного кровотока (НМППК) 1а степени до COVID-19 было выявлено в 4,3% случаев, после перенесенной COVID-19 – НМППК 1а степени встречалось в 8,6%, при этом впервые в 4,3%. Выявлены НМППК 1б степени впервые после перенесенной COVID-19 в 8,6% случаев, задержка развития плода (ЗРП) – в 8,6% (до COVID-19 показатели фетометрии у всех беременных были в пределах нормы), хроническая внутриутробная гипоксия плода – в 13,0%. До момента заболевания COVID-19 случаев преэклампсии не было, после перенесенной инфекции умеренная преэклампсия зарегистрирована в 13,0%.

Заключение

Клинические проявления COVID-19 у беременных носили неспецифический характер, пневмония была зарегистрирована только в 26,0% случаев. После перенесенного COVID-19 повышалась частота угрозы прерывания беременности, анемии. У части женщин впервые возникли маловодие и многоводие, повысилась частота нарушения кровотока, ЗРП.

The study revealed that the clinical manifestations of the new coronavirus infection in pregnant women were not specific, pneumonia was registered only in 26,0% of patients. After COVID-19, the frequency of gestational complications increased: the threat of termination of pregnancy, anemia, etc.

«ТОНКИЙ» ЭНДОМЕТРИЙ – КОМБИНИРОВАННОЕ НЕГОРМОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОЦЕДУРЕ ЭКО

Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю., Мишиева Н.Г., Абубакиров А.Н., Гус А.И., Аксененко А.А., Куземин А.А., Павлович С.В., Гависова А.А.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Толщина эндометрия является одним из наиболее важных факторов, влияющих на частоту наступления беременности в программах ЭКО.

В современной медицинской литературе и практике нет данных о лечении женщин с тонким эндометрием путем орошения эндометрия смесью (CO2+N2) под воздействием которой происходит значительное усиление кровообращения в слизистой и увеличение толщины базального и функционального слоев эндометрия.

Цель

Для подготовки к процедуре ЭКО женщин с тонким эндометрием мы использовали разработанный в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России способ комбинированного негормонального лечения – путем обработки эндометрия смесью газов (CO2 и N2) под воздействием которой улучшается кровообращение в слизистой и происходит постепенное увеличение толщины слоев эндометрия, а для усиления эффекта параллельно применяли традиционный метод гинекологического массажа. Такое сочетание двух методов ранее никогда не применялось. Гинекологический массаж – это научно-обоснованный лечебный метод, довольно широко применяемый в гинекологической практике, но не нашедший должного применения в подготовке женщин к процедуре ЭКО.

Материалы и методы

Орошение эндометрия газовой смесью (CO2 и N2) проводилось на 7,9,11 дни менструального цикла, а УЗ- мониторинг с измерением толщины эндометрия на 9, 11, 13и 15 дни при 28-дневном цикле.. В полость матки через специально сконструированный катетер под давлением 1,3 атм. вводилась дозированная воздушная смесь (CO2 и N2) в количестве 30-40 куб. см, которая, заполняя полость матки, воздействовала на эндометрий. Процедура показала себя безопасной, так как при этом использовались всегда применяемые при проведении ЭКО проводник и катетер, а состав газовой смеси состоял из ингредиентов,

применяемых для культивирования эмбрионов (CO2 и N2). В исследование были включены 232 пациентки репродуктивного возраста (25-40 лет) с диагностированным первичным или вторичным бесплодием и наличием тонкого эндометрия, не поддающегося лечению другими методами. Всем пациенткам было выполнено клинико-лабораторное исследование, трансвагинальное ультразвуковое сканирование. Все больные подписали письменное информированное добровольное согласие на участие в исследовании и согласие на выполнение процедур.

Результат

При проведении первого УЗИ, до начала проведения газового орошения эндометрия, толщина последнего варьировалась от 3,1мм до 5,9 мм. В ходе последующих УЗИ выявилось следующее: через 2 дня после первого орошения толщина эндометрия увеличилась на 2,7-3,3 мм, через два дня после второго орошения – еще на 1,8-3,4мм, а после третьего орошения толщина эндометрия соответствовала 7,3 -10,8мм. Параллельно с клиническими исследованиями проводилось изучение влияния газовой смеси на эндометрий матки интактных крыс в фазу проэструса.

Заключение

Учитывая, что в исследовании принимали участие женщины, ранее проходившие неоднократную безуспешную стимуляцию роста эндометрия гормональными препаратами и физиотерапевтическими процедурами, прослеживается четкая тенденция увеличения толщины эндометрия под влиянием газовой смеси (CO2 и N2), что может рассматриваться как хороший прогностический признак для последующей успешной процедуры имплантации эмбриона в цикле ЭКО.

The thin endometrium often turns out to be the cause of the considerable decrement of the pregnancy after the IVF procedure. Up to the present time in the modern scientific literature we did not found any facts about the treatment of the patients with the thin endometrium by means of the gas mixture (CO2 and N2) processing of the endometrium, which provides the considerable blood circulation enhancement combined with gynecological massage and, as a result, the rising of the thickness of the basal and functional layers. We are recommend this method as a preparing women for IVF.

ИННОВАЦИОННАЯ РОССИЙСКАЯ МОДЕЛЬ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПЕССАРИЯ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Шнейдерман М.М., Шнейдерман М.Г.

г. Москва
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Представлена информация о новых моделях акушерских и гинекологических пессариях, разработанных в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России для профилактики и лечения угрожающего прерывания беременности при истмико-цервикальной недостаточности и привычном выкидыше и для профилактики и лечения опущения тазовых органов, стрессового недержания мочи.

Цель

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

Материалы и методы

В ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России разработан новый вид акушерско-гинекологического пессариев, который выполнен из высококачественного медицинского силикона различной твердости по Шору, определенной упругости и плотности, специально подобранного для оптимального использования. Новая модифицированная модель имеет несколько конструктивных отличий от существующих устройств и надежно препятствует раскрытию шейки матки у беременных женщин при ИЦН, а также предупреждает стрессовое недержание мочи. Испытания модифицированной модели акушерско-гинекологического пессария, проведенные на 208 беременных женщинах (при сроках от 18 до 34 недель беременности) с диагностированной ИЦН, показали их высокую надежность и эффективность. Гинекологический пессарий предназначен для удерживания в правильном анатомическом положении тело и шейку матки, препятствования опущению стенок влагалища, предотвращению непроизвольного мочеиспускания и стрессово-

го недержания мочи. Кроме того, устройство обеспечивает возможность фиксации уретровезикального угла в правильном анатомо-физиологическом положении, уменьшает площадь соприкосновения пессария со слизистой стенки влагалища, эффективно обеспечивает отток влагалищного отделяемого. Повышение эффективности лечения опущения органов малого таза и стрессового недержания мочи достигается за счет того, что внутренняя часть пессария изготовлена из силиконовой резины с твердостью по Шору А-60 ед., а наружная часть из силиконовой резины с твердостью по Шору А–10 ед.

Результат

Преимущество новой модели акушерско-гинекологического пессария перед существующими образцами состоит в следующем: за счет наружных вырезов происходит дополнительная надежная фиксация кольца во влагалище; благодаря четырем выпуклостям, расположенным по внутренней поверхности кольца, предотвращается нежелательное раскрытие цервикального канала у беременных женщин при ИЦН и достигается сохранение беременности; за счет четырех полукруглых вырезов на наружной поверхности кольца уменьшается площадь давления пессария на слизистую влагалища, понижается возможность развития пролежней и язв на слизистой влагалища; увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого через четыре наружных выреза.

Оптимальное время использования акушерского пессария – от 14 до 37 недель беременности, после чего пессарий удаляется. Оптимальное время непрерывного использования гинекологического пессария – от 17 до 25 дней, после чего пессарий извлекается, промывается теплой водой и снова вводится во влагалище. Эту процедуру можно выполнять в амбулаторных условиях.

Заключение

Использование нового вида акушерско-гинекологического пессария позволяет значительно повысить возможность сохранения беременности у женщин с ИЦН и с привычным выкидышем и улучшить качество жизни у женщин, страдающих опущением тазовых органов и стрессовым недержанием мочи.

Presented is a new model of obstetrical and gynecological pessary for treatment of pelvic organ prolapse, elimination of symptoms of stress urinary incontinence, preventive care and treatment of cervical insufficiency and habitual abortion.

СОДЕРЖАНИЕ

3 ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ ДЕФЕКТАМИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Адамян Л.В., Мартынов С.А., Сидорова Т.А.

5 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В РАЗЛИЧНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
Айсаева Б.М., Абусуева З.А.

6 ЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ МНОЖЕСТВЕННОЙ БИОПСИИ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ
Алиева Д.А., Солиева Р.Б.

8 ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
Андреева М.В., Захарова К.И.

10 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
Андреева М.В., Неклюдова А.В.

12 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН С «ТОНКИМ» ЭНДОМЕТРИЕМ
Аполихина И.А., Эфендиева З.Н.

13 РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СОПОСТАВЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Аттоева Д.И., Асатурова А.В., Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Стародубцева Н.Л., Шешко П.Л., Алиева Л.Э.

15 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С КОНТРАСТИРОВАНИЕМ В АЛГОРИТМАХ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК С ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Бикеев Ю.В., Сенча А.Н., Родионов В.В., Гайлищ Ю.П.

17 ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПО СОДЕРЖАНИЮ CD68+ КЛЕТОК В ПЛАЦЕНТЕ

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

18 ОСОБЕННОСТИ ТРАНСКРИПТОМНОГО ПРОФИЛЯ ГЕНОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Бурменская О.В., Байрамова Г.Р., Добровольская Д.А., Андреев А.О., Амирханян А.С.

20 ДЕФИЦИТ ВИТАМИН D ПРИ СОЧЕТАНИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

Валикова О.В., Здор В.В.

21 РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА МЕРТВОРОЖДЕНИЯ ПО СРОКАМ ГЕСТАЦИИ

Волков В.Г., Кастор М.В.

23 ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Воронин С.В., Воронина В.Г., Ибрагимова Е.М., Курлеева Т.Ю., Горелик Н.В.

25 ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА У ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ COVID-19 В ПРАКТИКЕ ПРЕНАТАЛЬНОГО КОНСИЛИУМА ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Воронин С.В., Воронина В.Г., Курлеева Т.Ю., Ибрагимова Е.М., Горелик Н.В.

27 ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Вылегжанина Ю.О., Уракова Н.А.

28 РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ МИКОПЛАЗМ В ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПАТОЛОГИЙ

Гаджиева А.М., Эседова А.Э., Идрисова М.А., Уруджева Н.Г.

30 ЧЕТЫРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЛАКТОСТАЗА В ЦЕЛЯХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Геращенко Я.Л.

31 ФАКТОРЫ РИСКА У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

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

33 СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПЕРВО- И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В АНАМНЕЗЕ

Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В.

35 СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ПЕРВО- И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В АНАМНЕЗЕ

Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В.

37 ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВО- И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С РАННИМИ РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ И БЕЗ НИХ

Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В.

38 ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАННИХ МАРКЕРОВ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В ЦВЖ ВАКЦИНИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН МЕТОДОМ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ

Гусаков К.И., Франкевич В.Е., Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Стародубцева Н.В., Чаговец В.В., Канонихин А.С., Бржозовский А.Г.

40 ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРИРАЩЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ

Гусева О.И., Лебедева Н.В., Каткова Н.Ю., Панова Т.В.

41 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА ВЛАГАЛИЩА У ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Данькина В.В., Данькина И.А., Данькин В.В., Чистяков А.А.

42 ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ДИСПАНКРЕАТИЗМОМ ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Данькина В.В., Данькина И.А., Данькин В.В., Чистяков А.А.

44 К ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИПОТРОФИИ МАЛОВЕСНОГО ПЛОДА

Демидов В.Н., Вахтеркина К.Г.

45 ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЯИЧНИКОВ
Демидов В.Н., Портнова Н.И., Полякова Ю.В.

46 ФАКТОРЫ РИСКА НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
Джеломанова О.А., Белоусов О.Г., Слюсарь-Оглух Т.И.

48 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ
Джеломанова О.А., Слюсарь-Оглух Т.И.

49 ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬОЙ ФУНКЦИИ УЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ
Джеломанова О.А., Слюсарь-Оглух Т.И.

51 ЭНДОКРИННО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ И РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ, ОБРАТИВШИХСЯ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ МЕТОДАМИ ВРТ
Дмитриева И.Е., Джанашвили Л.Г., Назаренко Т.А.

53 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ
Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р., Назарова Н.М., Межевитинова Е.А.

54 СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ПРИМЕРЕ МЫТИЩИНСКОГО РАЙОНА МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Дорошенко Е.Н., Согияйнен А.А.

56 ОФИСНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ
Елгина С.И., Фролова Ю.С.

59 РОЛЬ ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ И РЕЦИДИВИРОВАНИИ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ
Иванов И.А., Чернуха Г.Е., Киселев В.И.

60 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН
Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Соколова А.В., Медведева И.М.

62 РОЛЬ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ
Ирназарова Д.Х.

63 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА
Ирназарова Д.Х., Юлдашева Д.Ю.

64 КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ГОРМОНОФОБИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ КСЕНОНОТЕРАПИИ
Коваль М.В., Обоскалова Т.А.

66 МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ
Козырко Е.В., Шмаков Р.Г., Алиева Г.Р., Ахмедова А.И., Хохлова С.В.

67 СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ
Комлева М.О., Константинова О.Д., Комлева Н.В.

69 МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ САХАРНОГО ДИАБЕТА
Коптеева Е.В., Капустин Р.В., Алексеенкова Е.Н., Траль Т.Г., Толибова Г.Х.

71 САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ
Копысова Е.Д., Русских М.А.

72 ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ОСОБЕННОСТИ ЛАКТАЦИИ У ЖЕНЩИН
Копысова Е.Д., Салихова Р.Д.

73 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК, ПРЕРЫВАЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ ПУТЕМ МЕДИКАМЕТОЗНОГО АБОРТА
Кормакова Т.Л., Уквальберг М.Е., Иванова Н.А., Омарова Г.З.

75 НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
Кравцива А.В., Прошина Д.А., Габор Н.В., Фофонова И.Ю., Покусаева В.Н.

76 ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ВО ВРЕМЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ЭКО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДОНОРСКИХ И АУТОЛОГИЧНЫХ ООЦИТОВ
Лаврентьева К.И., Трифонова Н.С.

78 СВЕРХРАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВА
Лебедева Н.В., Каткова Н.Ю., Гусева О.И., Морозова Ю.В.

80 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ
Линева О.И., Казакова А.В., Цыганова М.А., Гулецкая Л.И.

82 СОДЕРЖАНИЕ УРОВНЯ ВИТАМИНА Д3 У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Магомедова Г.А., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х., Абусуева Б.А.

83 К ВОПРОСУ ОБ ОПЫТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ РОДАХ
Мамаева С.М., Хашаева Т.Х-М., Абусуева З.А., Стефанян Н.А., Алиева С.А., Одаманова М.А., Аллахкулиева С.З., Айсаева Б.М.

85 ЖЕЛЕЗА (III)-ГИДРОКСИД-ПОЛИМАЛЬТОЗНЫЙ КОМПЛЕКС В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ
Мамаева С.М., Хашаева Т.Х-М., Абусуева З.А., Стефанян Н.А., Алиева С.А., Одаманова М.А., Аллахкулиева С.З., Айсаева Б.М.

87 КОМОРБИДНЫЕ С КАНДИДОЗНЫМ ВУЛЬВОВАГИНИТОМ, СОСТОЯНИЯ ЖКТ
Матвеева Э.В.

88 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АУТОАНТИТЕЛ ДЛЯ РАННЕГО УГРОЖАЮЩЕГО ВЫКИДЫША
Менжинская И.В., Ионанидзе Т.Б., Ванько Л.В., Тетруашвили Н.К., Кречетова Л.В.

90 МАРКЕРЫ «ТОНКОГО» ЭНДОМЕТРИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С НЕУДАЧАМИ ЭКО
Мирзаева Д.М., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х.

92 РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОК, ВСТУПИВШИХ В ВРТ

Мицеля Е.В., Самойлова Ю.Г., Матвеева М.В., Петров И.А., Куликова К.В., Давыдова М.С., Раткина К.Р.

93 ВЫЯВЛЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ С БЕСПЛОДИЕМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Морева Ж.Г.[1], Миронов А.Ю.[1], Васильев М.М.[2], Гончаров Д.Б.[3], Сащенко В.П.[4]

95 ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ТРОМБОФИЛИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИИ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Мухтарова М.М., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х-М., Стефанян Н.А., Маммаева С.М.

97 ЛИПИДОМНЫЙ АНАЛИЗ ТКАНЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Некрасова М.Е., Аттоева Д.И., Назарова Н.М., Чаговец В.В., Стародубцева Н.Л., Кононихин А.С., Франкевич В.Е.

99 ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ

Одыванова А.А., Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Уруймагова А.Т.

100 ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИПОЛЬ-ЗОВАНИЯ ЭКСТРАЦЕЛЛЮЛЯРНЫХ МИКРОВЕЗИКУЛ МЕЗЕХИМАЛЬ-НЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Пекарева Е.О., Баранов И.И., Пекарев О.Г., Силачев Д.Н., Поздняков И.М., Бушуева Н.С., Новиков А.В., Сухих Г.Т.

101 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ОТКРЫТОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Пекарев О.Г., Брега Е.С., Гус А.И., Луньков С.С.

103 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦЕРВИКАЛЬНОГО СЕРКЛЯЖА И АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

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

104 РОЛЬ ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА

Покусаева В.Н., Кривенко А.С., Амалицкий В.Ю., Огарева А.С.

106 КОНТРАЦЕПЦИЯ И ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА, СОДЕРЖАЩЕГО ХЛОРМАДИНОНА АЦЕТАТ

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

107 НОВЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Путило А.О., Джибладзе Т.А., Позднякова Н.В., Григорцевич Н.Ю.

109 АССОЦИАЦИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ВРТ

Раткина К.Р., Самойлова Ю.Г., Матвеева М.В., Петров И.А., Куликова К.В., Давыдова М.С., Мицеля Е.В.

110 АЛГОРИТМ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И АКТИВАЦИИ ЛАТЕНТНОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Савченко Т.Н., Агаева М.И.

112 СТРУКТУРА ОРГАНИЧЕСКОЙ И НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ КАК ПРИЧИНЫ АНОМАЛЬНОГО МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

Сальникова И.А., Уварова Е.В.

113 МИКРОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛЬНЫМ МАТОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Сальникова И.А., Уварова Е.В.

115 БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ В ПРЕИНДУКЦИИ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИОННЫМ СИНДРОМОМ

Самчук П.М., Стрельникова Е.А., Азоева Э.Л.

117 ОБЩАЯ И ПЛОДОВАЯ ВНЕКЛЕТОЧНАЯ ДНК И ЦИТОКИНЫ – ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

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

118 ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СИНЕХИИ И СИНДРОМ АШЕРМАНА: КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Свидинская Е.А., Джибладзе Т.А., Борцвадзе Ш.Н., Зуев В.М., Ищенко А.И., Хохлова И.Д., Брюнин Д.В., Черкасова А.Л., Агеев М.Б.

119 УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОНТРОЛЬ ПРИ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ
Свидинская Е.А., Джибладзе Т.А., Зуев В.М., Борцвадзе Ш.Н., Хохлова И.Д., Черкасова А.Л.

121 ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВИРОВАПНИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ
Свиридова Н.И., Максимов С.Н.

122 ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ
Свиридова Н.И., Хасаева М.И.

124 СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ: ФРАКЦИОННЫЙ ФОТОТЕРМОЛИЗ CO2-ЛАЗЕРОМ ИЛИ УРЕТРОПЕКСИЯ?
Согикян А.С., Шелудько А.П., Камаева Е.Г., Федотова О.И.

126 ПОЧЕМУ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, А НЕ РАДИОХИРУРГИЯ?
Согикян А.С., Шелудько А.П., Самсонова И.П.

128 КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ
Солиева Р.Б.

129 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВПЧ У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ
Солиева Р.Б.1, Алиева Д.А.2

131 ПРАКТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ
Степанькова Е.А., Сухорукова А.О.

132 ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ
Степанькова Е.А., Сухорукова А.О.

134 ХОРИОАМНИОНИТ В РОДАХ – ПЕРИНАТАЛЬНАЯ КАТАСТРОФА
Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Авдеева М.Е., Провкова Е.М., Яхудина Р.К.

136 ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ ПЕРВОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НИЗКИМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ
Ткаченко Л.В., Гриценко И.А., Тихаева К.Ю., Гаврилова И.С., Долгова В.А., Савостова Е.А.

138 РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВЫБОР ЖЕНЩИНЫ: МОДУЛЬНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
Ткаченко Л.В., Гаврилова И.С., Гриценко И.А., Тихаева К.Ю., Савостова Е.А., Долгова В.А.

139 К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ
Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Гриценко И.А.

141 К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ
Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Шишиморова С.Г.

143 ПРИНЦИПЫ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С ОТРИЦАТЕЛЬНЫМИ ИСХОДАМИ ВРТ
Трубникова Л.И., Маринова О.А.

146 ОТНОШЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН К МАТЕРИНСТВУ
Уквальберг М.Е., Жилина П.И., Трыкова Т.П., Маурина О.Б.

147 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БЕСПЛОДИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ГЕНЕЗА
Уквальберг М.Е., Иванова Н.А., Кормакова Т.Л., Медведева Е.В., Биккужин Р.В.

149 ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ
Уруджева Н.Г., Эседова А.Э., Гаджиева А.М., Аллахкулиева С.З.

151 РОЛЬ ЛОКАЛЬНОЙ ЦИТОКИНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА
Уруймагова А.Т., Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н., Донников А.Е., Иванова А.А.

153 АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ ПРОТИВООНКОГЕННЫХ МИКРОРНК ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ
Файзуллин Л.З., Трофимов Д.Ю., Назарова Н.М., Аттоева Д.И., Прилепская В.Н., Бурменская О.В., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р.

155 СПЕКТР АМИНОКИСЛОТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА
Хачатрян З.В., Солдатова Е.Е., Франкевич В.Е., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е.

156 РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ Е-КАДГЕРИНА В ПЛАЦЕНТЕ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА
Хачатурян А.А., Красный А.М., Солдатова Е.Е., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.

157 ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ
Чакчурина И.А., Радзинский В.Е., Хамошина М.Б.

159 ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНОГО ИНФИЛЬТРАТА ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ
Чуприненко Л.М., Крутова В.А., Просолупова Н.С., Колосова О.С., Шевчишина О.П.

160 РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ПОЛИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ: РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ
Чуприненко Л.М., Крутова В.А., Просолупова Н.С., Сороченко А.А., Шевчишина О.П.

162 ВЛИЯНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА (НГЭ) НА СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ
Шалина М.А.[1], Ярмолинская М.И.[1,2]

164 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ, ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Шелехин А.П., Баев О.Р.

166 ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ В СОСТАВЕ «ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА Г. МАГНИТОГОРСК», ФУНКЦИИ, ЗАДАЧИ, ОПЫТ РАБОТЫ
Шеметова М.В., Рядчикова Т.А., Аникеева А.Ш.

167 ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У РОДИЛЬНИЦ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ
Шиляева Е.Г., Кузнецова Е.П., Овчинникова Ю.А., Шубина И.С.

169 ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕБОЛЕВШИХ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ
Шиляева Е.Г., Кузнецова Е.П., Овчинникова Ю.А., Шубина И.С.

171 АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ЗАРАЖЕНИЯ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ
Шиляева Е.Г., Кузнецова Е.П., Овчинникова Ю.А., Шубина И.С.

173 «ТОНКИЙ» ЭНДОМЕТРИЙ – КОМБИНИРОВАННОЕ НЕГОРМОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОЦЕДУРЕ ЭКО
Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю., Мишиева Н.Г., Абубакиров А.Н., Гус А.И., Аксененко А.А., Куземин А.А., Павлович С.В., Гависова А.А.

175 ИННОВАЦИОННАЯ РОССИЙСКАЯ МОДЕЛЬ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПЕССАРИЯ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ
Шнейдерман М.М., Шнейдерман М.Г.

СПИСОК АВТОРОВ

3 Адамян Л.В., Мартынов С.А., Сидорова Т.А.
5 Айсаева Б.М., Абусуева З.А.
6 Алиева Д.А., Солиева Р.Б.
8 Андреева М.В., Захарова К.И.
10 Андреева М.В., Неклюдова А.В.
12 Аполихина И.А., Эфендиева З.Н.
13 Аттоева Д.И., Асатурова А.В., Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Стародубцева Н.Л., Шешко П.Л., Алиева Л.Э.
15 Бикеев Ю.В., Сенча А.Н., Родионов В.В., Гайлищ Ю.П.
17 Борис Д.А., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Караваева А.Л., Тютюнник Н.В., Красный А.М.
18 Бурменская О.В., Байрамова Г.Р., Добровольская Д.А., Андреев А.О., Амирханян А.С.
20 Валикова О.В., Здор В.В.
21 Волков В.Г., Кастор М.В.
23 Воронин С.В., Воронина В.Г., Ибрагимова Е.М., Курлеева Т.Ю., Горелик Н.В.
25 Воронин С.В., Воронина В.Г., Курлеева Т.Ю., Ибрагимова Е.М., Горелик Н.В.
27 Вылегжанина Ю.О., Уракова Н.А.
28 Гаджиева А.М., Эседова А.Э., Идрисова М.А., Уруджева Н.Г.
30 Геращенко Я.Л.
31 Григушкина Е.В., Малышкина А.И., Таланова И.Е.
33 Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В.
35 Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В.
37 Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В.
38 Гусаков К.И., Франкевич В.Е., Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Стародубцева Н.В., Чаговец В.В., Канонихин А.С., Бржозовский А.Г.
40 Гусева О.И., Лебедева Н.В., Каткова Н.Ю., Панова Т.В.
41 Данькина В.В., Данькина И.А., Данькин В.В., Чистяков А.А.
42 Данькина В.В., Данькина И.А., Данькин В.В., Чистяков А.А.
44 Демидов В.Н., Вахтеркина К.Г.
45 Демидов В.Н., Портнова Н.И., Полякова Ю.В.
46 Джеломанова О.А., Белоусов О.Г., Слюсарь-Оглух Т.И.
48 Джеломанова О.А., Слюсарь-Оглух Т.И.
49 Джеломанова О.А., Слюсарь-Оглух Т.И.
51 Дмитриева И.Е., Джанашвили Л.Г., Назаренко Т.А.
53 Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р., Назарова Н.М., Межевитинова Е.А.
54 Дорошенко Е.Н., Согияйнен А.А.
56 Елгина С.И., Фролова Ю.С.

59 Иванов И.А., Чернуха Г.Е., Киселев В.И.
60 Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Соколова А.В., Медведева И.М.
62 Ирназарова Д.Х.
63 Ирназарова Д.Х., Юлдашева Д.Ю.
64 Коваль М.В., Обоскалова Т.А.
66 Козырко Е.В., Шмаков Р.Г., Алиева Г.Р., Ахмедова А.И., Хохлова С.В.
67 Комлева М.О., Константинова О.Д., Комлева Н.В.
69 Коптеева Е.В., Капустин Р.В., Алексеенкова Е.Н., Траль Т.Г., Толибова Г.Х.
71 Копысова Е.Д., Русских М.А.
72 Копысова Е.Д., Салихова Р.Д.
73 Кормакова Т.Л., Уквальберг М.Е., Иванова Н.А., Омарова Г.З.
75 Кравцива А.В., Прошина Д.А., Габор Н.В., Фофонова И.Ю., Покусаева В.Н.
76 Лаврентьева К.И., Трифонова Н.С.
78 Лебедева Н.В., Каткова Н.Ю., Гусева О.И., Морозова Ю.В.
80 Линева О.И., Казакова А.В., Цыганова М.А., Гулецкая Л.И.
82 Магомедова Г.А., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х., Абусуева Б.А.
83 Мамаева С.М., Хашаева Т.Х-М., Абусуева З.А., Стефанян Н.А., Алиева С.А., Одаманова М.А., Аллахкулиева С.З., Айсаева Б.М.
85 Мамаева С.М., Хашаева Т.Х-М., Абусуева З.А., Стефанян Н.А., Алиева С.А., Одаманова М.А., Аллахкулиева С.З., Айсаева Б.М.
87 Матвеева Э.В.
88 Менжинская И.В., Ионанидзе Т.Б., Ванько Л.В., Тетруашвили Н.К., Кречетова Л.В.
90 Мирзаева Д.М., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х.
92 Мицеля Е.В., Самойлова Ю.Г., Матвеева М.В., Петров И.А., Куликова К.В., Давыдова М.С., Раткина К.Р.
93 Морева Ж.Г.[1], Миронов А.Ю.[1], Васильев М.М.[2], Гончаров Д.Б.[3], Сащенко В.П.[4]
95 Мухтарова М.М., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х-М., Стефанян Н.А., Маммаева С.М.
97 Некрасова М.Е., Аттоева Д.И., Назарова Н.М., Чаговец В.В., Стародубцева Н.Л., Кононихин А.С., Франкевич В.Е.
99 Одыванова А.А., Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Уруймагова А.Т.
100 Пекарева Е.О., Баранов И.И., Пекарев О.Г., Силачев Д.Н., Поздняков И.М., Бушуева Н.С., Новиков А.В., Сухих Г.Т.
101 Пекарев О.Г., Брега Е.С., Гус А.И., Луньков С.С.
103 Песегова С.В., Тимохина Е.В., Белоусова В.С.
104 Покусаева В.Н., Кривенко А.С., Амалицкий В.Ю., Огарева А.С.
106 Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р., Назарова Н.М.
107 Путило А.О., Джибладзе Т.А., Позднякова Н.В., Григорцевич Н.Ю.

109 Раткина К.Р., Самойлова Ю.Г., Матвеева М.В., Петров И.А., Куликова К.В., Давыдова М.С., Мицеля Е.В.
110 Савченко Т.Н., Агаева М.И.
112 Сальникова И.А., Уварова Е.В.
113 Сальникова И.А., Уварова Е.В.
115 Самчук П.М., Стрельникова Е.А., Азоева Э.Л.
117 Сарибекова А.Г., Красный А.М., Салпагарова З.Х., Меджидова М.К., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.
118 Свидинская Е.А., Джибладзе Т.А., Борцвадзе Ш.Н., Зуев В.М., Ищенко А.И., Хохлова И.Д., Брюнин Д.В., Черкасова А.Л., Агеев М.Б.
119 Свидинская Е.А., Джибладзе Т.А., Зуев В.М., Борцвадзе Ш.Н., Хохлова И.Д., Черкасова А.Л.
121 Свиридова Н.И., Максимов С.Н.
122 Свиридова Н.И., Хасаева М.И.
124 Согикян А.С., Шелудько А.П., Камаева Е.Г., Федотова О.И.
126 Согикян А.С., Шелудько А.П., Самсонова И.П.
128 Солиева Р.Б.
129 Солиева Р.Б.1, Алиева Д.А.2
131 Степанькова Е.А., Сухорукова А.О.
132 Степанькова Е.А., Сухорукова А.О.
134 Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Авдеева М.Е., Провкова Е.М., Яхудина Р.К.
136 Ткаченко Л.В., Гриценко И.А., Тихаева К.Ю., Гаврилова И.С., Долгова В.А., Савостова Е.А.
138 Ткаченко Л.В., Гаврилова И.С., Гриценко И.А., Тихаева К.Ю., Савостова Е.А., Долгова В.А.
139 Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Гриценко И.А.
141 Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Шишиморова С.Г.
143 Трубникова Л.И., Маринова О.А.
146 Уквальберг М.Е., Жилина П.И., Трыкова Т.П., Маурина О.Б.
147 Уквальберг М.Е., Иванова Н.А., Кормакова Т.Л., Медведева Е.В., Биккужин Р.В.
149 Уруджева Н.Г., Эседова А.Э., Гаджиева А.М., Аллахкулиева С.З.
151 Уруймагова А.Т., Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н., Донников А.Е., Иванова А.А.
153 Файзуллин Л.З., Трофимов Д.Ю., Назарова Н.М., Аттоева Д.И., Прилепская В.Н., Бурменская О.В., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р.
155 Хачатрян З.В., Солдатова Е.Е., Франкевич В.Е., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е.
156 Хачатурян А.А., Красный А.М., Солдатова Е.Е., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.
157 Чакчурина И.А., Радзинский В.Е., Хамошина М.Б.
159 Чуприненко Л.М., Крутова В.А., Просолупова Н.С., Колосова О.С., Шевчишина О.П.
160 Чуприненко Л.М., Крутова В.А., Просолупова Н.С., Сороченко А.А., Шевчишина О.П.
162 Шалина М.А.[1], Ярмолинская М.И.[1,2]
164 Шелехин А.П., Баев О.Р.

166 Шеметова М.В., Рядчикова Т.А., Аникеева А.Ш.

167 Шиляева Е.Г., Кузнецова Е.П., Овчинникова Ю.А., Шубина И.С.

169 Шиляева Е.Г., Кузнецова Е.П., Овчинникова Ю.А., Шубина И.С.

171 Шиляева Е.Г., Кузнецова Е.П., Овчинникова Ю.А., Шубина И.С.

173 Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю., Мишиева Н.Г., Абубакиров А.Н., Гус А.И., Аксененко А.А., Куземин А.А., Павлович С.В., Гависова А.А.

175 Шнейдерман М.М., Шнейдерман М.Г.