СБОРНИК ТЕЗИСОВ

XXIX

МОСКВА

XXIX
ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

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 Росси и

Сборник тезисов

XXIX Всероссийский Конгресс «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы»

М., 2023 – 185 с.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

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

Российское общество акушеров-гинекологов

Общероссийская общественная организация «Российское общество по контрацепции»

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

Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Ивент»

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 978–5–6046126–6–8

ООО «МЕДИ Ивент», 2023

ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ КАК ИНДИКАТОР ДЛЯ ДНК ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА У БЕРЕМЕННЫХ

Абдрахманова Л.Р.

г. Казань

ГАУЗ РКБ МЗРТ

Актуальность

В последнее десятилетия проблема сочетания беременности и заболеваний печени неинфекционной природы становится все более актуальной. Все чаще у женщин репродуктивного возраста при беременности развиваются холестатические, дистрофические, аутоиммунные и токсические поражения печени. В структуре экстрагенитальной патологии частота заболеваний гепатобилиарной системы составляет 3% у беременных. С практической точки зрения целесообразно выделить проблемы, которые трактуют как как исходные заболевания печени, не связанные с беременностью, и заболевание печени, которые возникают только при беременности (Жесткова Н.В., Мозговая Е.В., Пальгова Л.К., Ниарури Д.А., Гзгян Д.А., Айламазян Э.К. 2022 г.). К исходным заболеваниям печени, несвязанным с беременностью относится синдром Жильбера- конституциональная гипербилирубинемия, идиопатическая неконьюгированная гипербилирубинемия -моногенное заболевание с аутосомно – рецессивным типом наследования. Данная патология развивается из- за мутаций в гене UGT1A1. Ученые медико – генетического центра Genotec обнаружили склонность к синдрому Жильбера у каждого 7 россиянина и риск возникновения синдрома Жильбера у 14% россиян (2022 г.).

Цель

Выявить взаимосвязь гипербилирубинемии у беременных и женщин репродуктивного возраста для диагностики носительства или наличия сидрома Жильбера.

Материалы и методы

В МГК РКБ г. Казань проводится молекулярно – генетическое исследование ДНК диагностика на синдром Жильбера. С 2018 г. по 2022 г. в медико – генетическом центре обследованы на синдром Жильбера – 71 женщин репродуктивного возраста, из них 5 небеременных и 66 беременных – 9 первобеременных и 57 повторнобеременных с гипербилирубинемией (общий билирубин составил в крови более 20,5 мкмоль/л при относительно нормальных показателях АСТ и АЛТ).

Результат

По результатам молекулярно – генетического исследования образца ДНК в промоторной области UGT1 выделены 3 группы. В 1 группе обследованных женщин общий били-

рубин в среднем составил 19.16 мкмоль/л, во 2 группе – 27.41 мкмоль/л, в 3 группе 31.94 мкмоль/л. 1 группа – 6 женщин (8%) не зарегистрированы увеличение числа ТА повторов-(n6/n6), что не подтверждало синдрома Жильбера. 2 группа-у 17 женщин (24%) зарегистрировано увеличение числа ТА повторов в одной из хромосом (n6/n7),что приводит к снижению функциональной активности белка – UDP- глюкозилтрансферазы I-это носительство гена по синдрому Жильбера и если у мужа такое же носительство, то риск рождения ребенка с синдромом Жильбера – 25%. В данной группе выявлены различные патологии плода – у 2 беременных выявлена неиммунная водянка плода, у 1 ВПР плода – атрезия пищевода и многоводие и 1 беременной аномалии МПС плода. 3 группа-48 женщин (68%) зарегистрировано число ТА повторов в гомозиготном состоянии, что приводит к снижению функциональной активности белка – UDP-глюкозилтрансферазы I и подтверждает диагноз синдром Жильбера, носительство данного гена у будущего ребенка следовательно будет – 50%. В данной группе выявлено у 10 беременных хромосомные аномалии развития плода-синдром Дауна и Тернера, анэмбрионемия и множественные аномалии развития плода-ЦНС-акрании, расщелины губы и неба, копчиково-крестцовая тератома.

Заключение

Таким образом, при гипербилирубинемии ДНК диагностикой выявлено носительство или болезнь синдром Жильбера у 92% женщин репродуктивного возраста. У 21.2% беременных выявлены различные хромосомные и врожденные аномалии развития. Гомозиготное носительство, т.е синдром Жильбера подтверждался у беременных с более высоким уровнем общего билирубина в крови и практически у большинства впервые выставлен такой диагноз по МКБ-Е80.4, т.е. до этого они не стояли на учете у гастроэнтеролога.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ, ПРИНИМАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ

Аверкова В.Г., Юренева С.В.

г. Москва

НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова

Актуальность

Спонтанная преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) определяется как потеря функциональной активности яичников, наступившая у женщины в возрасте до 40 лет. Наиболее ранними проявлениями ПНЯ являются бесплодие и связанные с ним психоэмоциональные нарушения. Пациентки с ПНЯ также испытывают широкий спектр

симптомов, связанных с эстрогенодефицитом (приливы жара, повышенная потливость, усталость, тревожность и др.), имеют проблемы в сексуальной сфере и могут столкнуться с возраст-ассоциированными заболеваниями значительно раньше своих сверстниц. В отсутствие эффективных стратегий преодоления бесплодия и восстановления функции яичников на первое место в тактике ведения женщин с ПНЯ выходят восполнение дефицита эстрогенов, профилактика возрастных заболеваний и обеспечение высокого качества жизни (КЖ), сравнимого со здоровыми женщинами того же возраста, главным образом посредством длительной заместительной гормональной терапии (ЗГТ) половыми стероидами.

Цель

Сравнить КЖ пациенток с ПНЯ, принимающих ЗГТ, и женщин с сохраненной функцией яичников.

Материалы и методы

Проведено поперечное исследование на базе ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава России среди 374 пациенток. В Группу 1 вошли 223 пациентки с ПНЯ, принимающих ЗГТ, в Группу 2 – 151 пациентка с сохраненной функцией яичников. Оценку КЖ проводили с помощью опросника Healht Status Survey (SF-36), валидированного для использования в РФ.

Результат

Пациентки Группы 1 имели статистически значимые отличия в отношении всех восьми шкал опросника SF-36 по сравнению с Группой 2 ($p < 0{,}0007$, $p < 0{,}0001$). Самые низкие баллы в Группе 1 были набраны по шкалам VT (Жизненная активность (43,3 (18,3)), GH (Оценка общего состояния здоровья (40,1 (18,0)), RP (Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (46,6 (34,8)).

ПНЯ была ассоциирована со снижением в равной степени средней оценки интегральных показателей физического и психического компонентов здоровья пациенток на 18% (в 1,21 раза) по сравнению с группой контроля. Оценку выше нормального 50-бального порога по физическому компоненту здоровья пациентки Группы 1 имели в 3,06 раза реже (95% ДИ = 2,39 – 3,92), а по психическому компоненту здоровья в 4,43 раза реже (95% ДИ = 2,96 – 6,63), чем пациентки Группы 2. КЖ пациенток с ПНЯ было напрямую связано с дозой эстрадиола (E2) в составе ЗГТ: при увеличении дозы E2 повышалась оценка по большинству показателей SF-36.

Заключение

ПНЯ оказывает длительное негативное влияние на все компоненты здоровья, снижая КЖ. ЗГТ, содержащая стандартные дозы E2, у пациенток с ПНЯ часто не позволяет обеспечить уровень КЖ, сопоставимый с женщинами того же возраста с сохраненной функ-

цией яичников. Назначение достаточных доз ЗГТ, индивидуальный подход и междисциплинарная команда в стратегии ведения пациенток ПНЯ может значительно улучшить КЖ и результаты лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПЛАЗМАФЕРЕЗА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВЫСОКОГО УРОВНЯ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ

Агабекян В.С., Токарева В.В., Каракуц К.А., Сорочинский М.А., Голубев В.В., Арабаджан С.М.

г. Ростов-на-Дону

ГБУ РО «Перинатальный центр»

Актуальность

Коррекция нарушений гемостаза во время беременности является чрезвычайно актуальной задачей сохранения беременности. Высокий уровень антифосфолипидных антител (АФА) является важным механизмом в структуре репродуктивных потерь и других осложнений беременности, поражая сосуды любого калибра (от капилляров до аорты). Особенно важно учитывать влияние АФА при наличии в анамнезе акушерской патологии (привычное невынашивание, неразвивающаяся беременность, антенатальная гибель плода, задержка развития плода). В литературе имеются данные об эффективности использования метода плазмафереза (ПА), позволяющего существенно снизить уровень АФА.

Цель

Оценка эффективности метода плазмафереза у беременных с высоким уровнем антифосфолипидных антител.

Материалы и методы

Исследования проводились у 78 беременных на разных сроках беременности (18-28 недель). Возраст беременных от 22 до 38 лет. Основным показанием для назначения сеансов плазмафереза являлось повышение уровня АФА (волчаночные и антикардиолипиновые антитела классов IgG и\или IgM) крови при повторном обследовании выше нормальных величин, а также отсутствие эффекта от проводимой комплексной терапии (фраксипарин, клексан, аспирин). Курс лечения состоял из 3-5 сеансов ПФ, объем плазмоэксфузии составлял 30% объема циркулирующей крови. Плазмозамещение осуществлялось раствором стерофундина. Сеансы плазмафереза проводили на аппарате «Haemonetics». Осложнений при проведении сеансов плазмафереза не отмечалось.

Результат

Анализ проведенных исследований показал, что у всех беременных после проведенных сеансов ПА снизился уровень АФА до нормальных значений, причем у 45 – после 3 сеансов, а у 12 – потребовалось проведение 5 сеансов плазмафереза. К концу беременности у всех обследуемых отмечался уровень АФА в пределах допустимых значений.

Заключение

Проведенные исследования позволяют отметить высокую эффективность метода плазмафереза, способствуя снижению уровня АФА до нормальных величин.

КОРРЕКЦИЯ УРОВНЯ АНТИСПЕРМАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ БЕСПЛОДИИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ПЛАЗМАФЕРЕЗА

Агабекян В.С., Ужакин В.В., Токарева В.В., Сорочинский М.А., Каракуц К.А., Карташева С.В., Арабаджан С.М.

г. Ростов-на-Дону

ГБУ РО «Перинатальный центр»

Актуальность

Последние достижения в области диагностики и лечения различных форм инфертильности и фундаментальные исследования в иммунологии репродукции человека позволяют разрешить некоторые факторы формирования бесплодия. Одной из причин бесплодия являются аутоиммунные реакции, которые сопровождаются выработкой антиспермальных антител (АСА). Возможные механизмы повреждающего действия АСА на процессы фертильности изучены, и предполагается, что развитие аутоиммунных реакций против сперматозоидов сопровождается ухудшением количественных и качественных показателей спермограммы и уменьшением вероятности наступления беременности. В литературе нет однозначного мнения о влиянии антиспермальных антител на качество эякулята, однако у 17% мужчин высокий уровень АСА в семенной жидкости и\или плазме крови и у 22% у женщин является фактором нарушения фертильности. Использование плазмафереза у мужчин и женщин с бесплодием позволяют уменьшить уровень АСА до нормальных значений, повышая эффективность зачатия.

Цель

С целью уменьшения уровня АСА у мужчин и женщин с бесплодием метод плазмафереза включен в комплексную терапию пациентов, у которых обнаружены высокие значения антиспермальных антител в сперме и\или плазме крови.

Материалы и методы

Проведено клинико-лабораторное обследование пациентов с бесплодием, из них 117 мужчин в возрасте 24–57 лет и 128 женщин в возрасте 22–44 года. Основным показанием для назначения сеансов плазмафереза являлось повышение уровня АСА в плазме крови и\или в семенной жидкости. Курс лечения состоял из 5–7 сеансов плазмафереза, объем эксфузии составил более 30% объема циркулирующей крови. Плазмозамещение осуществлялось раствором стерофундина. Операцию плазмафереза проводили на аппарате «Haemonetics».

Результат

На основании результатов обследования у всех мужчин ведущими факторами снижения фертильности являлись АСА. Проведенные исследования показали, что после курса плазмафереза у 107 мужчин отмечалось снижение уровня АСА в плазме крови и в семенной жидкости до нормальных величин после 5 сеансов и у 10 – после 7 сеансов плазмафереза. У женщин нормализация уровня АСА наблюдалась у 115 женщин после 5 сеансов и у 13 – после 7 сеансов плазмафереза. В дальнейшем только после проведения курса плазмафереза и снижения уровня АСА до нормальных значений в плазме крови и в семенной жидкости начиналось проведение программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Заключение

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать вывод о том, что использование метода плазмафереза у пациентов с бесплодием, у которых отмечается высокий уровень АСА является перспективным методом лечения, так как способствует снижению уровня АСА до нормальных значений, как в плазме крови, так и в семенной жидкости. Высокая эффективность метода плазмафереза у пациентов с бесплодием особенно важна при подготовке к программе ЭКО.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Андреева М.В., Захарова К.И.

г. Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность

Проблема воспалительных заболеваний шейки матки (ВЗШМ), как одной из причин в развитии цервикальных интраэпителиальных неоплазий, в современной гинекологии стоит остро вследствие недостаточной эффективности методов лечения. В терапии ВЗШМ можно выделить 2 этапа. Цель первого этапа – устранение этиологического фактора и нормализация влагалищной микрофлоры, второй этап направлен на регенерацию тканей и восстановление морфофункционального потенциала шейки матки. В связи с этим, на втором этапе эффективно применение физических факторов. С этой целью используются различные физиотерапевтические методики, которые оказывают влияние на определенные звенья патогенеза. Учитывая необходимость устранения воспалительного процесса у женщин с ВЗШМ, в качестве метода оценки эффективности лечения показательно контрольное обследование в динамике.

Цель

Повысить эффективность лечения женщин с ВЗШМ путем применения лазерного аппарата «Рикта» в комплексной терапии.

Материалы и методы

На базе многопрофильной клиники крупного промышленного города для подтверждения диагноза ВЗШМ 79 женщинам (средний возраст n = 29,23±1,25 года) проводилось стандартное обследование, включающее жидкостную цитологию, обследование на ИППП, условно-патогенную флору, ВПЧ и кольпоскопическое исследование. Также всем женщинам было проведено лечение с учетом выявленного возбудителя. При этом женщины были разделены на 2 группы по 38 и 41 человека соответственно. Во вторую группу была добавлена реабилитация с помощью лазерного аппарата Рикта-04/4.

Результат

По результатам контрольного обследования через месяц после лечения, получены следующие результаты. В первой группе у 29 женщин (76,3%) по заключению кольпоскопии и жидкостной цитологии сохранялся воспалительный процесс. Из них у 2 пациенток этиологический фактор не был устранен, несмотря на проведение адекватной этиотропной терапии. У 7 испытуемых (18,4%) выявлено значительное улучшение на кольпоскопической картине, но результаты жидкостной цитологии остались неизменными. И лишь у 2 женщин (5,3%) наблюдалась нормальная цитологическая и кольпоскопическая картины.

Во второй группе у 34 испытуемых (82,9%) через месяц после комплексной терапии наблюдалось полное восстановление по результатам кольпоскопического исследования и жидкостной цитологии. У 7 пациенток (17,1%) выявлено значительное улучшение по заключению кольпоскопии, однако по результату жидкостной цитологии воспалительный процесс сохранялся. Этим женщинам было рекомендовано пройти повторный курс реабилитации лазерным аппаратом Рикта-04/4.

Заключение

Итоги наших исследований показали, что проведение комплексного лечения, включая физиотерапию лазерным аппаратом Рикта-04/4 гораздо эффективнее в отличие от стандартных методик лечения ВЗШМ.

Резюме

Проведено исследование на базе многопрофильной клиники крупного промышленного города с целью повышения эффективности лечения женщин с воспалительными заболеваниями шейки матки путем применения лазерного аппарата “Рикта” в комплексной терапии.

Resume

A study was conducted on the basis of a multidisciplinary clinic in a large industrial city in order to increase the effectiveness of the treatment of women with inflammatory diseases of the cervix by using the Rikta laser device in complex therapy.

ПРЕИМУЩЕСТВА ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

Артошина Е.А., Левкова О.Ю., Полякова Н.А., Працук С.А.

г. Москва

Клинический госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»

Актуальность

Несмотря на прогрессивные медицинские технологии и повышение уровня хирургической квалификации гинекологов, лечение миомы матки до настоящего времени остается сложной дискутабельной проблемой.

Цель

Оценить преимущество гистерорезектоскопии в сравнении с гистерэктомией при лечении миомы матки.

Материалы и методы

В исследование были включены 218 пациенток с центрипетальным ростом миоматозного, в возрасте от 25 до 47 лет, (средний возраст составил 34±11). Размеры узлов были вариабельны в пределах 18–42 мм.

Выполнено хирургическое лечение в объеме гистерорезектоскопии 179 пациенткам, лапароскопия, экстирпация матки – 39.

Результат

При проведении гистерорезектоскопии среднее время операции составило 17±7 мин, кровопотеря – 22±5 мл, средний койко – день – 2,7.

Время операции при гистерэктомии, выполненной лапароскопическим доступом составило 52±6 мин, кровопотеря – 48±7 мл, средний койко – день 4,8.

После проведения органосохраняющей операции, отмечено снижение объема менструальной кровопотери, как следствие, нормализация уровня гемоглобина, сывороточного железа. В дальнейшем, 15 пациенток из данной группы смогли реализовать незавершенную репродуктивную функцию.

Заключение

Несмотря на радикальность гистерэктомии в лечении миомы матки, все же, при размерах субмукозных узлов до 5 см, оптимальным методом хирургического лечения в настоящее время является гистерорезектоскопия. Данный метод, сокращает время хирургического лечения, интраоперационную кровопотерю, а для пациенток с незавершенной репродуктивной функцией сохраняет возможность ее полноценной реализации.

Отдаленные результаты показали – у пациенток уменьшилась менструальная кровопотеря, что привело к нормализации и сохранению уровня гемоглобина, а также сывороточного железа, улучшению качества жизни.

Рецидив миомы матки при гистерорезектоскопии наблюдался лишь в 1.7% случаев.

Conclusion

Despite the radicality of hysterectomy in the treatment of uterine fibroids, nevertheless, with submucosal node sizes up to 5 cm, the optimal method of surgical treatment is currently hysteroresectoscopy. This method reduces the time of surgical treatment, intraoperative blood loss, and for patients with incomplete reproductive function retains the possibility of its fullimplementation.

Separateresults showed that menstrual blood loss decreased in patients, which led to the normalization and preservation of the level of hemoglobin, as well as serum iron, and an improvement in the quality of life.

Uterine fibroids in hysteroresectoscopies were observed in only 1.7% of cases.

ПРЕИМУЩЕСТВА НОЖЕВОЙ КОНИЗАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Артошина Е.А., Левкова О.Ю., Полякова Н.А., Працук С.А.

г. Москва

Клинический госпиталь «МСЧ МВД России по г. Москве»

Актуальность

Несмотря на широкое применение вакцинации от вируса папилломы человека, открытые доступные возможности по профилактике и ранней диагностике цервикальной интраэпителиальной неоплазии, до настоящего времени остается высокий процент пациенток с умеренной и тяжелой дисплазией шейки матки, которым показано хирургическое лечение – конизация шейки матки.

Цель

Оценить преимущество ножевой конизации шейки матки в лечении цервикальной интраэпителиальной неоплазии тяжелой степени.

Материалы и методы

В исследование были включены 137 пациенток с цитологически подтвержденной тяжелой дисплазией шейки матки в возрасте от 19 до 45 лет, (средний возраст составил 27±5лет).

Выполнено хирургическое лечение в объеме ножевая конизация шейки матки 97 пациенткам и 40 пациенткам – конизация шейки матки радиоволновым методом (аппарат»Surgitron»), глубина иссечения конуса составила не менее 15 мм.

Результат

При проведении конизации радиоволновым методом среднее время операции составило 21±5мин, кровопотеря – 32±5 мл, средний койко – день – 2,75.

Время операции при ножевой конизации шейки матки составило 42±6 мин, кровопотеря – 85±19 мл, а средний койко – день 5,7.

При сравнении очевидно, что радиоволновой метод позволяет быстрее и с наименьшей кровопотерей выполнить радикальное хирургическое, а также сократить пребывание пациентки в стационаре. Однако, при патогистологическом исследовании оказалось, что оценить точность радикальности радиохирургического лечения (наличие дисплазии в краях резекции) представляло затруднения из-за коагуляционой травмы операцион-

ного материала у 11 пациенток (т.е. в 27% случаев). При выполнении ножевой конизации сомнений в оценке радикальности хирургического лечения не было.

Заключение

Несмотря на то, что радиохирургический метод лечения сокращает время операции, интраоперационную кровопотерю и длительность пребывания пациентки в стационаре, в нашей работе мы хотим отметить преимущество ножевой конизации шейки матки при лечении цервикальной интраэпителиальной неоплазии тяжелой степени. Операционный материал, предоставляемый на патоморфологическое исследование не имеет коагуляционной травмы, что достоверно позволяет делать выводы о радикальности хирургического лечения и прогнозах для пациентки, а также определить дальнейшую тактику ведения.

Conclusion

Despite the fact that the radiosurgical method of treatment reduces the time of surgery, intraoperative blood loss and the duration of the patient's stay in the hospital, in our work we want to note the advantage of knife conization of the cervix. The surgical material provided for pathomorphological examination does not have a coagulation injury, which reliably allows us to draw conclusions about the radicality of surgical treatment and prognosis for the patient, as well as to determine further management tactics.

ВАГИНАЛЬНЫЕ РОДЫ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ

Аязбеков А.К., Нурхасимова Р.Г., Аязбекова А.Б.

г. Туркестан

ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр №3»

Актуальность

Вагинальные роды после предшествующего кесарево сечения, или естественные роды после оперативных – акушерско-гинекологическое явление, приобретающее все большую значимость среди акушер-гинекологов и все большую востребованность среди женщин. Сегодня медицинская практика успешно опровергает ранее столь распространенное правило «одно кесарево сечение – всегда кесарево сечение», современные достижения акушерства и гинекологии позволяют женщинам с рубцом на матке успешно рожать, в отсутствие медицинских противопоказаний к физиологическим родам.

Цель

Изучение частоты вагинальных родов после предшествующего кесаревого сечения (КС).

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ истории родов 271 родильниц с рубцом на матке произошедших на III уровне (ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр №3» Туркестанской области) регионализации перинатальной помощи за 1 квартал 2022 года.

Результат

За 3 месяца 2022 года в перинатальном центре принято родов всего 2494, из них родоразрешенных абдоминальным путем 491 что составляет 19,6% от общего количества родов. Самопроизвольные роды с рубцом на матке среди общей популяции родоразрешенных женщин составляет 3,4%. Из 491 абдоминальным путем родоразрешенных женщин экстренное КС было проведено в 306 – 62%, и плановое КС было проведено 185-38%. Из 491 женщин родоразрешенных путем КС имели рубцы на матке 271 что составило 55,1% от общего количества показаний к оперативным родам. За данный период на родоразрешение с рубцом на матке было госпитализировано 357 беременных из них 86-24% были родоразрешены через естественные родовые пути, каждая 4-ая женщина с рубцом на матке имела вагинальные роды после предшествующего КС, все родоразрешенные естественным путем женщины с рубцом на матке имели 1 КС в анамнезе, условием допуска к вагинальным родам после предшествующего кесаревого сечения было наличие только 1 рубца на матке. Из общего числа 271 женщин родоразрешенных путем кесарево сечения по количеству рубцов на матке следующий расклад 1- КС в анамнезе в 42%, 2- КС в анамнезе у 32,1%, 3 – КС в анамнезе у 22,8%, 4- КС в анамнезе у 2,5%, 5- КС в анамнезе 0,3%.

Заключение

Таким образом вагинальные роды после предшествующего кесаревого сечения является значительным ресурсом снижения хирургического, анестезиологического риска и других осложнений абдоминального родоразрешения, безопасной альтернативой кесаревому сечению, при правильном подходе к организации и ведению родов женщин с рубцами на матке.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОЖДАЕМОСТИ И РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В РЕГИОНЕ

Бадаева А.А.[1], Белова П.С.[1], Волков В.Г.[1,2], Кастор М.В.[1]

г. Тула

1. *ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»;*
2. *ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»*

Актуальность

В 2021 г. население РФ сократилось на 613 тыс. чел., в Тульской области – на 16,5 тыс. чел. Мертворождаемость не снижается менее 5–7‰ (в РФ – 8,3 тыс. случаев в 2021 г.), подобная тенденция характерна и для других угрожающих состояний матери и плода. Дополнительным испытанием для системы родовспоможения стала пандемия COVID-19.

Цель

Изучить динамику рождаемости, преждевременных родов (ПР), многоплодных родов, операции кесарева сечения (КС), перинатальной смертности (ПС), мертворождаемости (МР) и соответствующие показатели службы родовспоможения.

Материалы и методы

Формы федерального статистического наблюдения (ФСН №32) за 2016–22 гг. (годовые) и вкладыши к ним. Статистическую значимость различий определяли по критерию $\chi 2$ Пирсона.

Результат

Медиана возраста первородящих в рассматриваемом периоде увеличилась с 28,0 (27,5–28,2) до 28,6 (28,0–28,9) лет; суммарный коэффициент рождаемости (число детей на 1 женщину) снизился с 1,55 до 1,21; число рождений уменьшилось на 37% – с 15,3 тыс. до 9,7 тыс. (аналогичное снижение по РФ – 31%). В 2016 г. в регионе было 2 стационара III уровня, 3 – II уровня и 5 – I уровня. В 2018–22 гг. 3 роддома были закрыты и еще 3 переоборудованы в ковидные госпитали. В 2023 г. полноценно функционируют реорганизованный перинатальный центр в г. Туле и 2 роддома: II уровня и I уровня. В 2016 г. 58,3% всех родов произошли в стационарах III уровня, в 2022 г. – 90,7% ($p < 0,001$).

В 2020–21 гг. по сравнению с 2016–19 гг. произошел существенный сдвиг сезонных пиков рождаемости, приходившихся на март и август; в 2022 г. данный эффект исчез. Средний вес новорожденных не изменился (3340±305 г в 2016 г., 3313±314 г в 2021 г.), но в 2020 г. доля крупных плодов (> 4000 г) составила лишь 5,5% – значимо меньше, чем в 2019 и 2021 гг. (8,6 и 8,7% соответственно; $p < 0,001$). Частота многоплодных родов – 11,4‰ в 2016 г., 10,5‰ в 2022 г. ($p = 0,492$).

Частота КС в 2016–20 гг. выросла с 29,5 до 36,1% ($p < 0,001$), но в 2022 г. значимо снизилась до 33,4% ($p = 0,003$). В 2017–22 гг. частота ПР возросла с 3,9 до 6% ($p = 0,080$). В 2017–19 гг. доля сверхранних ПР (в сроке 22–27 нед.) снизилась с 8,2 до 4,0% ($p = 0,003$), но к 2022 г. выросла до 6,1% ($p = 0,106$). Доля поздних ПР (34–36 нед.) в 2016–22 гг. значимо увеличилась – с 52 до 65% ($p < 0,001$).

В структуре ПС преобладает МР (в 2021 г. – 84%), а в структуре МР – антенатальная гибель плода (96%). ПС в 2016-19 гг. снизилась с 8,3 до 6,7‰ (p = 0,126), в 2020 г. она составила 7‰, в 2021 г. – 8,9‰, причем МР увеличилась в 2020–21 гг. с 5,4 до 7,2‰ (p = 0,123; по РФ, для сравнения, – с 5,7 до 6,1‰). В 2022 г. в регионе было 65 случаев МР (6,8‰).

В 2020 г. пик МР (34% случаев) пришелся на 34–37 нед. гестации – значимо чаще, чем в 2019 и 2021 гг. (13 и 14% соответственно; p = 0,005). Если в 2016–20 гг. доля поздних МР (в сроке 37–42 нед.) снизилась с 44 до 28% (p = 0,038), то в 2021 г. она снова составила 44% (p = 0,056). Ранняя неонатальная смертность детей, рожденных в сроке до 28 нед. гестации, в 2016-21 гг. снизилась с 28 до 18% (11 и 6 случаев соответственно; p = 0,344).

Заключение

В регионе за 7 лет на фоне неблагоприятных демографических тенденций произошла оптимизация и централизация родовспомогательных учреждений, наметилось снижение частоты операции КС, сохраняется прогресс в управлении поздними ПР и в снижении ранней неонатальной смертности. Показатели неблагоприятных исходов в 2021-22 гг. были значимо хуже, чем в 2019–20 гг. в силу «эффекта отскока», связанного с отсроченным действием последствий пандемии COVID-19.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ

Бадретдинова Ф.Ф., Михайлова Г.Н.

г. Уфа

Башкирский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница №5 г. Уфа

Актуальность

Дисменорея – одна из актуальных проблем подростковой гинекологии. ведущее проявление которых – болевой синдром. В период становления менструальной функции число подростков страдающих болезненными менструациями не уменьшается. Частота данной патологии сохраняется на высоких цифрах, вплоть до 75%.

Цель

Изучение особенностей купирования декомпенсированной дисменореи у девушек – подростков.

Материалы и методы

Обследовано 86 девушек 16–18-летнего возраста. Основными жалобами у всех обследованных девушек были боли внизу живота, возникающие в первый день менструации. Оценка интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) у 14% респонденток соответствовало 4–6 баллам, у 79% – 7–9 баллам и у 7% – 10 баллам. Сохранение боли в течение 1-х суток отмечали все пациентки, в течение 2–3-х суток у 44% и до окончания менструации боли сохранялись у 12%. Также абсолютное большинство (53) обследованных девушек жаловались на головную боль, быструю утомляемость, тошноту, диарею. Менархе у обследованного контингента девушек в возрасте 11–14 лет. Менструальный цикл установившийся, регулярный у 74 девушек, у 12 – нерегулярный. Продолжительность менструального цикла 27–28 дней имели 63 девушки, у 9-и девушек – 21–23 дня и менструальный цикл 35 и более дней имели 14 девушек. Менструации у 78% обследованных девушек отмечались как умеренные, как скудные у 5% и как обильные у 17% обследованных девушек. Из числа обследованных 18% девушек были сексуально – активными, 4 девушек имели беременности, закончившиеся медицинским абортом. Контрацептивами пользовались 7% обследованных девушек, живущих половой жизнью. Предпочтение отдавалось презервативам и прерванному половому акту. При назначении лечения учитывались основные звенья патогенеза и преобладающие симптомы. Для купирования боли был выбран нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП) с активным веществом нимесулид. Выбор обусловлен его выраженным анальгетическим эффектом при отсутствии побочных явлений, возникающих от влияния нестероидных противовоспалительных препаратов на циклооксигеназу-1, т.е. тошноты, диареи, чувства жжения в области эпигастрия, сухости в ротовой полости, снижения аппетита. Препарат назначали в суточной дозе 300 мг (по 1 табл. 3 раза в день), обезболивающий эффект наблюдался в первые же часы от начала болевого синдрома и сохранялся на протяжении всех дней менструации, что позволило подтвердить гиперпростагландинемическое происхождение дисменореи у обследованных девушек. В качестве основной терапии всем пациенткам назначались гестагены или гормональные контрацептивы. Препарат дюфастон, представляющий собой производное натурального прогестерона, применяли с 5-го по 25-й день менструального цикла в суточной дозе 20 мг, длительностью 3 – 6 месяцев. Пользовались и укороченной схемой применения препарата: дюфастон внутрь по 10 мг 1–2 раза в сутки с 16-го по 25-й день менструального цикла. Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) применяли по обычной схеме: по 1 таблетке ежедневно в одно и то же время суток, начиная с 1-го дня менструального цикла, до конца упаковки. Затем 7 дней перерыв – и следующая упаковка. Длительность применения составило 6 месяцев. При выборе КОК предпочтение отдавали препаратам, солержащим дезогестрел (марвелон, мерсилон, регулон, новинет) или гестоден (фемоден, логест, линдинет-20).

Результат

После лечения существенно уменьшилось количество жалоб, обусловленных вегетативным типом реагирования на боль. Частота обмороков и обморочных состояний уменьшилась в 8 раз; головной боли сократилась в 3 раза; тошноты, рвоты – в 2,5 раза; слабости – в 1,4 раза; усиления потоотделения – в 3 раза; повышенной зябкости – в 1,7 раза; онемения и парестезии конечностей – в 1,2 раза. В то же время ни у одной из девушек не выявлено побочных реакций и осложнений со стороны органов пищеварения.

Заключение

Использование современных низкодозированных гормональных препаратов предотвращают нарушения в становлении функции репродукции.

К ВОПРОСУ О РОЛИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА В ГЕНЕЗЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Бегова С.В., Эседова А.Э.

г. Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность

Этиология неразвивающейся беременности, в частности, чрезвычайно разнообразна и зависит от многих факторов. Большинство причин достаточно хорошо изучены и выработаны принципы ведения пациенток. Однако по данным различных авторов, у 20-40% женщин с неразвивающейся беременностью, причина прерывания беременности остается до конца неясной. Одной из причин гибели плода являются дефекты генов фолатного цикла, которые связаны с нарушением обмена фолиевой кислоты и гипергомоцистеинемией. Гипергомоцистеинемия может явиться причиной таких осложнений беременности, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, прерывание беременности, хроническая внутриутробная гипоксия плода и преэклампсия. Риск их развития увеличивается в сочетании с другими формами тромбофилии.

Цель

Определение клинико-диагностической значимости 4 полиморфизмов в 3 генах фолатного обмена MTHFR C677T, MTHFR A1298C, MTRR A66G, MTR A2756G для риска возникновения неразвивающейся беременности.

Материалы и методы

Проведено молекулярногенетическое исследование, определены частоты аллелей и генотипов в генах фолатного обмена у 250 женщин в Республике Дагестан. Основную группу составили 130 беременных с привычным невынашиванием в анамнезе. Паритет в основной группе составл от 4 до 16 беременностей. В контрольную группу вошли 120 женщин с неотягощенным акушерским анамнезомй. Исследование генетических полиморфизмов проводилось с помощью ПЦР-диагностики в режиме реальног овремени.Статистическая обработка включала в себя вычисление средних величин и их ошибок. Достоверность отличий оценивалась при помощи t-критерия Стьюдента. Для сравнения распределения генотипов между группами использовали критерии х2.

Результат

Результаты исследования покази, что полиморфизм C677T гена MTHFR был обнаружен у 72,2% пациенток из основной группы и у 36,2% женщин из группы контроля. Полиморфизм A1298C MTHFR, то в основной группе частота его встречаемости составила 68,6%, тогда как в контрольной группе – 43,2%. Полиморфизм A66G MTRR был диагностирован у 57,2% из основной группы и у 36,2% из группы котнроля. Полиморфизм A2756G MTR был выявлен у 66,8% пациенток их основной и у 34,3% из группы контроля. Также в результате проведенных исследований было выявлено, что в основной группе мультигенные ассоциации встретились 89,3% женщин, тогда как в контроля только у 52,6% ($p<0,001$). У 39,3% женщин основной группы имелась комбинация 2-х полиморфизмов, у 51,2% – 3-х полиморфизмов, у 21,5% была выявлена комбинация всех 4-х полиморфизмов генов. В группе женщин контроля у 26,3% была комбинация 2-х полиморфизмов ($p<0,01$), у 11,2% – 3-х полиморфизмов (($p<0,001$), и 3,5%) – 4 полиморфизмов ($p<0,001$). Нами выявлено, что носительство гомозиготного варианта (TT) гена MTHFR C677T увеличивает риск развития неразвивающейся беременности в I триместре в 7,5 раз, а от носительства гетерозиготного варианта (CT) гена MTHFR C677T риск неразвивающейся беременности повышается в 2, 7 раза. Гомозиготный патологический аллель T повышает рис гибели плода в 2,8 раза. Носительство гомозиготного варианта (CC) гена MTHFR A1298C увеличивает риск прерывания беременности в I триместре по типу неразвивающейся в 2,7 раза, гетерозиготного варианта (AC) этого же гена в 1,5 раза. Наиболее неблагоприятная аллель C повышает риск гибели плода в 2 раза.

Заключение

Таким образом, в генезе неразвивающейся беременности значимую роль играют полиморфизмы генов фолатного цикла, а также их мультигенные комбинации.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ПРЕПАРАТА СУКРОСОМАЛЬНОГО ЖЕЛЕЗА С ВИТАМИНОМ С НА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Бегова С.В., Эседова А.Э.

г. Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность

В России более 45% беременных страдают ЖДА, а скрытый дефицит железа наблюдается у более 70%. Актуальность поиска новых методов лечения анемии при беременности обусловлена неблагоприятным влиянием на течение и исход гестации. Особенно эта проблема важна в регионах с высокой рождаемостью. Республика Дагестан входит в тройку лидеров по высокой рождаемости среди регионов СКФО. Частота железодефицитной анемии возрастает с увеличением кратности родов.

Для коррекции дефицита железа нами выбран препарат, который является специализированным продуктом на основе комбинации Сукросомального® Железа и Витамина С.

Цель

Изучение влияния препарата сукросомального железа с витамином С на гематологические показатели и перинатальные исходы у многорожавших женщин (МРЖ) с ЖДА в Республике Дагестан.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 180 МРЖ в III триместре беременности. В основную группу вошли 120 МРЖ с ЖДА, получавших в качестве терапии препарат сукросомального железа с витамином С по 1 капс 2 раза в сутки после приема пищи до родов. В группу контроля вошли 60 МРЖ с анемией, получавших лечение препаратами сульфата железа. Средний возраст беременных составил 36,2±1.8 лет. Всем обследованным предстояли 5-е роды.

Нами были проведены следующие исследования: общий анализ крови (SLS методом) сывороточного железа (методом колориметрической фотометрии), ОЖСС- железосвязывающая способность сыворотки (методом кинетической колориметрии) ; Трансферрин и коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ) и Ферритин (методом иммунотурбидиметрии).

Результат

Результаты исследования до начала терапии показали, что у всех МРЖ в основной группе и группе контроля гематологические показатели были схожими. Низкий уровень гемоглобина (86.5±1.5 г/л) до лечения коррелировал со снижением количества эритроцитов в единице объема крови (2.6±0.15 х 10* 12 мг/л). Отмечался дефицит содержания железа (6.5±0.15 мг/л) и ферритина (6.2±0.18 мг/л), возрастала ОЖСС (99.9±12.5 мкмоль/л). Уровень трансферрина в сыворотке крови и КНТЖ были снижены (426,5±12.1 мг/л и 12.1±1.1% соответственно).

Клиническая и гематологическая ремиссия наблюдалась у 88,9% МРЖ в основной группе. На фоне проводимого лечения содержание Нв составило 110,5±1,5 г/л у МРЖ основной группы и достоверно отличалось от аналогичного показателя до лечения. Достоверно выше было также количество эритроцитов (3.9±0.12 х 10* 12 мг/л), содержание железа (15.4±0.18 мг/л), и ферритина (29.3±0.12 мг/л). На фоне проводимой терапии в основной группе возросли концентрация трансферрина и КНТЖ (598,5±13.1 мг/л и 16.2±1.1% соответственно), а также наблюдалось снижение концентрации ОЖСС относительно первоначальных показателей (69,6±12.1 мг/л).

В группе контроля на фоне терапии содержание НВ составило 96,5±1,3 г/л, количество эритроцитов также существенно не отличалось от исходного (2,9 ±0.13 х 10* 12 мг/л), содержание железа (8.1±0.15 мг/л) и ферритина (9.4 ±0.12 мг/л) в единице объема крови остались низкими. На фоне проводимой терапии несколько возросла концентрация трансферрина и КНТЖ (491,5±15.1 мг/л и 13.9±1.2% соответственно) и отмечалось незначительное снижение концентрации ОЖСС крови (72,5±12.5 мг/л).

Роды через естественные родовые пути произошли у 82,9% МРЖ основной и у 68,0% МРЖ группы контроля. Кесарево сечение имело место в 17,1% случаях в основной группе и 32,0% в группе контроля. Первый период родов в основной группе 22 осложнился слабостью родовой деятельности у 4,5% МРЖ, вторичная слабость родовых сил возникла у 2,7% МРЖ. В контрольной группе первичная слабость родовых сил отмечена у 12,0% МРЖ, вторичная слабость – у 8,0%. В основной группе с оценкой 8-9 баллов родилось 54,5% новорожденных, а в группе контроля – 42,5%. В состоянии тяжелой асфиксии родились 1,8% новорожденных в основной группе и 6,0% в контрольной группе. Оценка по шкале Апгар в среднем составила 8,7±0,14 баллов в основной группе, и 7,64±0,16 в группе контроля.

Отмечена хорошая переносимость препарата в основной группе.

Заключение

Таким образом, лечение анемиии препаратом сукросомального железа с витамином С позволяет устранить железодефицит, уменьшить частоту кесарева сечения на 14,9%, АРД на 20,8% и улучшить перинатальные исходы для плода.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ МУТАЦИИ ГЕНА ИНГИБИТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА (PAI – 1) НА ВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ПЛОДА

Бегова С.В., Эседова А.Э., Идрисова М.А.

г. Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность

Частота невынашивания беременности составляет более 15% от общего числа родов. Риск невынашивания последующей беременности напрямую зависит от количества предыдущих выкидышей. Частота невынашивания после первого самопроизвольного аборта составляет 23%, после двух самопроизвольных абортов – 29%, после трех – 55%. Существующие ранее теории патогенеза многих акушерских осложнений подвергаются пересмотру, благодаря открытию генных полиморфизмов которые могут прямо или косвенно участвовать в патогенезе невынашивания беременности.

С тромбофилией могут быть связаны не только нарушения свертывающей системы крови, но и мутации генов фибринолитической системы. Генетический маркер SERPINE1 (-675 5G>4G) – ингибитор активатора плазминогена – основного компонента антисвертывающей системы крови. Неблагоприятный вариант этого маркера приводит к ослаблению фибринолитической активности крови и, как следствие, повышает риск сосудистых осложнений, различных тромбоэмболий. Мутация гена SERPINE1 также отмечается при некоторых осложнениях беременности (невынашивание беременности, задержка развития плода).

Существенное значение в процессе инвазиицитотрофобласта играет соотношение фибринолитических и антифибринолитических компонентов системы гемостаза на уровне эндометрия. В условиях гипофибринолиза, связанных с полиморфизмом гена PAI–I происходит нарушение локальных процессов фибринолиза и фибринообразования при имплантации, что может вести к невынашиванию беременности.

Цель

Изучить влияние мутации гена ингибитора активатора плазминогена (pai – 1) на вынашивание беременности у женщин с привычной потерей плода.

Материалы и методы

Нами были обследованы 186 беременных женщин.

В основную группу вошли 120 женщин с синдромом привычной потери плода и угрозой прерывания настоящей беременности, из них: у 108 из них угроза прерывания констатирована в первом триместре, у 12 – во втором триместре. В контрольную группу вошли 64 женщины с физиологическим течением беременности и неотягощенным акушерским анамнезом. В анамнезе беременных основной группы превалировали несостоявшиеся аборты до 12 недель беременности (78% случаев), у 22% женщин были самопроизвольные выкидыши до 12 недель беременности. Возраст беременных основной группы составил 34,2±1, 1 лет, тогда как в группе контроля он был равен 24,3±0,86 лет, ($p<0,05$). В основной группе паритет составлял от 4-й до 8 -ми беременностей, а ожидаемые роды были первыми у 64,5%. В группе контроля настоящая беременность была первой. Исследование полиморфизма гена PAI–I проводили с помощью набора TECHNOZYM PAI-1 Actibind ELISA для количественного определения активного ингибитора активации плазминогена первого типа (PAI-1) в образцах плазмы методом ИФА. При УЗИ у 65% женщин из основной группы в сроке 7,5±0,5 недель уже были выялены ретрохориальные гематомы.

Результат

При изучении полиморфизма PAI–I было выявлено, что нормальный гомозиготный вариант 5G/5G достоверно реже встречался у пациенток основной группы (22,3%), чем в группе контроля (76,5%) ($\chi2=8,37$, $p=0,003$). Количество носителей гетерозигот 4G/5G также было выше в основной группе (34,7%) по сравнению с группой контроля (11,5%) ($p<0,05$). Гомозиготный патологический вариант 4G/4G был найден у 38,6% женщин основной группы и ни в одном случае в группе контоля ($p=0,001$). Расчет показателя отношения шансов показал, что вариант 5G/5G PAI–I оказывает защитное действие на вынашивание беременности (OR 0,24, 95% ДІ: 0,09–0,62). У носителей мутантного генотипа 4G/4G PAI–I значительно увеличен риск невынашивания беременности (OR 17,23, 95% ДІ: 0,94–286,6), что позволяет рассматривать указанный гетотип в качестве фактора риска невынашивания. Наличие патологического аллеля 4G увеличивает риск невынашивания беременности в 5,12 раза (OR 5,12, 95% ДІ: 1,99–10,64).

Заключение

Учитывая полученные результаты, носительство 4G/4G генотипа гена PAI–I можно отнести к генетическим маркерам привычного невынашивания. Женщины с невынашиванием беременности должны быть обследованы на наличие полиморфизма гена PAI–I 4G/5G с целью раннего начала патогенетической противотромботической терапии.

ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ МИОМЫ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Буянова С.Н., Сон Д.Ю., Щукина Н.А., Бабунашвили Е.Л., Чечнева М.А., Шугинин И.О., Коваленко Т.С., Юдина Н.В., Щербатых М.Г., Глебов Т.А.

г. Москва

ГБУЗ МО МОНИИАГ

Актуальность

Частота миомы матки (ММ) в детородном возрасте достигает 40%. МЭ при беременности выполняется по жизненным показаниям. Известны случаи беременности с благополучным исходом при ММ даже гигантских размеров, однако это может привести к серьезным осложнениям как в период гестации, так и во время родов, и в послеродовом периоде.

Цель

Снизить риск осложнений у матери и плода, связанных с ММ при беременности, а также улучшить репродуктивный исход путем оптимизации показаний к МЭ в период гестации.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе акушерского и гинекологического отделений Московского областного НИИ акушерства и гинекологии (ГБУЗ МО МОНИИАГ). За период с 2012 по 2020 год обследованы 234 беременные с ММ в возрасте от 21 до 44 лет, которые были разделены на 2 группы. 1 группа – 204 беременные с лапаротомной МЭ в период гестации, 2 группа – 30 беременных с ММ без МЭ в связи с отсутствием витальных показаний к операции. Лапаротомная МЭ проводилась по специальной хирургической методике, разработанной в гинекологическом отделении института, в сроке гестации 14–17 недель. Удалялись МУ больших и гигантских размеров диаметром от 10 до 30 см, объем от 0,523 до 8171 см^3. Средний диаметр удаленного МУ при единичной ММ составил 19 см, при множественной ММ – 12 см. Прослежены репродуктивные исходы в обеих группах. Из 234 беременных 1 и 2 группы только 80 (34,2%) пациенток имели в анамнезе роды, причем из них лишь у 62 (26,5%) были живые дети.

Результат

Из 204 беременных 1 группы с МЭ в период гестации – 46 (22,5%) беременных имели неблагоприятные репродуктивные исходы: у 38 (18,6%) целенаправленно произведено вскрытие полости матки и удаление плода в связи с подслизистыми или центростремительно растущими интерстициальными МУ больших и гигантских размеров, прикреплением плодного яйца или хориона (плаценты) к МУ, расположением хориона (плацен-

ты) более чем на 1/3 в зоне МУ, расстоянием от нижнего полюса МУ до полости матки менее 0,5 см; у 7 (3,4%) пациенток через 3–7 дней после МЭ произошли самопроизвольные выкидыши; у 1 (0,5%) – в сроке 21 неделя гестации диагностирована отслойка плаценты (плод погиб). 158 (77,4%) из 204 женщин 1 группы имели благоприятные репродуктивные исходы: у 107 (52,4%) беременность завершилась кесаревым сечением в плановом или экстренном порядке в сроке гестации 32–39 недель. Из 30 беременных 2 группы, которые вынашивали беременность с ММ у 26 (86,7%) выполнено КС в плановом и экстренном порядке в сроке гестации 34–39 недель. В 1 и 2 группах длительность кесарева сечения составила 60–110 минут, кровопотеря 650–1100 мл, у 19 (63,3%) пациенток при КС произведена МЭ, у троих КС закончилось гистерэктомией в связи с миомной болезнью и настойчивым желанием женщины удалить матку. 58 (24,8%) женщин 1 (54) и 2 (4) групп были родоразрешены per vias naturales, родились здоровые дети с оценкой по шкале Апгар 8 и 9 баллов, массой 2300–3250 г.

Заключение

Показанием к МЭ при беременности является не сам факт наличия одного или нескольких МУ больших и гигантских размеров, а нарушение функций организма, вызванное опухолью. Репродуктивный прогноз более благоприятный, если толщина интактного миометрия между нижним полюсом МУ и полостью матки более 0,5 см, а плацента (хорион) располагается в проекции МУ не более, чем на 1/3. Таким образом, МЭ при беременности нужно рассматривать как осознанную необходимость, имеющую жизненные показания для матери и плода.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Васильева Э.Н., Денисова Т.Г., Левицкая В.М., Амирова Т.Х., Денисов М.С., Сидорова Т.Н.

г. Чебоксары

Институт усовершенствования врачей Чувашии, Марийский государственный университет, Россия; БУ «Городская клиническая больница №1» Минздрава Чувашии, Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Россия

Актуальность

Беременность, по мировому опыту, отнесена в группу умеренного риска по течению COVID-19. Однако возрастает частота осложненных форм в группе с тяжелым течением новой коронавирусной инфекции и преимущественно в третьем триместре, то есть по-

сле 28 недель. В этот период повышается частота госпитализаций, возрастает необходимость респираторной поддержки, наблюдается большая частота осложнений, таких как стойкая фебрильная лихорадка, затруднение дыхания и сердечной деятельности, полиорганная недостаточность. Особенно высокому риску развития серьезных осложнений в случае заражения COVID-19 подвержены беременные женщины более старшего возраста, беременные, страдающие избыточным весом или сопутствующими патологическими состояниями и заболеваниями, такими как гипертензия и диабет.

Цель

Проанализировать ведение пациенток с новой коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2 во время беременности, родов и после родов в акушерском стационаре.

Материалы и методы

Изучено течение беременности, родов и послеродового периода по итогам работы акушерского стационара №3, БУ «Городская клиническая больница №1» Минздрава Чувашии МЗ ЧР, в условиях пандемии COVID-19 за 2021 г. Лечение COVID-19 проводилось по Методическим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации по организации оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Результат

Чувашская Республика – один субъектов Российской Федерации в котором удалось сохранить показатели материнской и младенческой смертности на прежнем уровне, несмотря на пандемию COVID-19. Показаниями к госпитализации во всех случаях явились среднетяжелые, тяжелые формы COVID-19 и легкая форма COVID-19 у рожениц. Всех пациенток с COVID-19 или подозрением на эту инфекцию оценивали по шкале NEWS 2 и затем регулярно для рассмотрения целесообразности госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) при сумме баллов 5 и выше. Основным компонентом комплексной терапии при снижении сатурации < 93% была адекватная респираторная поддержка. Респираторная поддержка включала низкопоточную подачу кислорода, высокопоточную назальную оксигенотерапию; неинвазивную искусственная вентиляция легких (НИВЛ), ИВЛ. Раннее применение semi-pron position в сочетании с кислородотерапией или с НИВЛ помогли избежать интубации. Количество COVID-19 положительных беременных, рожениц и родильниц, которым проводилась респираторная поддержка в 2021 г. составило 231. Сразу после рождения новорожденным определялся статус SARS-CoV-2 методом ПЦР. В результате за 2021 г. пролечено и выписано домой 303 беременных с диагнозом COVID-19, 172 беременные были родоразрешены, 29 новорожденных переведены в детскую реанимацию, зафиксировано 3 случая антенатальной гибели плода. Частота кесарева сечения в данной группе пациенток составила 34%. За весь период исследования зафиксировано 2 случая материнской смертности от COVID-19. Наиболее грозными осложнениями COVID-19 во время беременности,

родов и в послеродовом периоде были острый респираторный дыхательный синдром взрослый тип, прогрессирующая дыхательная недостаточность, септические осложнения, кровотечения из-за тромбоцитопении, снижения факторов свертывания, тромбоэмболические осложнения, полиорганная недостаточность. Проведя анализ результатов оказания медицинской помощи пациенткам с новой коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2 при критических акушерских состояниях были отмечены основные проблемы: несоблюдение требований к маршрутизации беременных пациенток с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, несоблюдение утвержденных клинических рекомендаций, необоснованное раннее назначение антибиотиков, применение неадекватной дозы гепаринов, запоздалое начало лечения глюкокортикоидами и определены резервные возможности уменьшения неблагоприятных исходов.

Заключение

Выявлены основные проблемы при оказании медицинской помощи пациенткам с новой коронавирусной инфекцией, при критических акушерских состояниях отмечены возможности снижения неблагоприятных исходов у пациенток акушерского стационара при COVID-19.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ

Волочаева М.В., Гасымова Ш.Р., Солдатова Е.Е., Леонова А.А., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.

г. Москва

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

Актуальность

Задержка роста плода (ЗРП) является все еще не решенной проблемой в акушерстве и гинекологии. Существует необходимость проведения исследований и внедрения результатов для создания методов предикции и профилактики данной патологии плода.

Цель

Оценить эффективность профилактического приема ацетилсалициловой кислоты (ASA) при ЗРП.

Материалы и методы

Проведено пилотное ретроспективное когортное исследование. Группу исследования составила 61 беременная женщина с подтвержденным анте- и постнатально диагнозом ЗРП (ранний фенотип ЗРП до 32 недель (n=40), поздний фенотип ЗРП после 32 недель (n=21)). В исследование включены здоровые, беременные женщины в возрасте от 18 до 45 лет, с одноплодной беременностью, без хромосомной патологии и/или врожденных пороков развития у плода, с антенатально выставленным диагнозом ЗРП (согласно критериям Delphi). Были проанализированы результаты скрининга ЗРП (1 генетический скрининг) и терапия ASA. Оценка массо-ростовых показателей постнатально у новорожденных проводилась согласно центильным кривым INTERGROWTH-21.

Результат

Ранняя форма ЗРП встречалась у каждой второй беременной (65,6%). Высокий риск формирования ЗРП до 37 недель по 1 генетическому скринингу выявлен в 20% случаев. Профилактически ASA получала каждая восьмая женщина в данной группе (17,5%). Ме начала терапии составила 91 (91-175) день, Ме длительности курса 161 (18-161) день, а Ме длительности пролонгирования Ме 38 (32-50) дня. Ме дозировки составила 150 (75-150) мг. В подгруппе женщин с ранним фенотипом ЗРП с терапией ASA у 15% беременных риск развития ЗРП сочетался с риском ПЭ до 34 недель, что и послужило основным показанием для профилактического приема аспирина. В 82,5% в группе с диагностированной ранней ЗРП профилактический прием аспирина не проводился (в 40% случаев – низкий риск ЗРП до 37 недель, в 37,5% – риск не был определен). В 5% случаев был выявлен высокий риск ЗРП без применения ASA антенатально. Поздний фенотип ЗРП встречался в 34,4% случаев. Высокий риск ЗРП до 37 недель по 1 генетическому скринингу выявлен в 4,8% случаев. При позднем фенотипе ЗРП профилактический прием ASA проводился у 9,5% беременных женщин, не имевших высокого риска ЗРП до 37 недель. Терапия начиналась в 12 недель беременности, длительность курса составляла 168 дней в дозировке 75 мг. У большинства беременных профилактический прием ASA не проводился (90,5%). Низкий риск ЗРП по данным 1 генетического скрининга был в 52,4% случаев, риск ЗРП не был определен – в 33,3% случаев. В одном случае (4,8%) выявлен высокий риск развития ЗРП, сочетавшийся с высоким риском ПЭ (терапия ASA не проводилась).

Заключение

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что 1 генетический скрининг имеет недостаточную предиктивную способность для определения формирования будущей ЗРП. Следует отметить – наше исследование было недостаточным, так как повсеместное внедрение программы Astraia для предикции ЗРП началось с 2020 года, что не позволило в полном объеме оценить и проанализировать риски. Вместе с тем, рутинное назначение ASA при ЗРП не показало свою эффективность, так как в основе ЗРП могут лежать иные механизмы формирования, чем ПЭ, где ASA доказал свою эффек-

тивность. Необходимо дальнейшее проведение более подробного изучения патогенеза с позиции omics-направлений исследований.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОИМПЕДАНСНОГО МАММОГРАФА ДЛЯ СКРИНИНГА НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гаврилова Н.П.[1], Селиверстов П.В.[2], Шаповалов В.В.[4], Ястребов А.В.[3]

Санкт-Петербург

1. *ЧОУВО «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», г. Санкт-Петербург*
2. *ФГБВОУ ВО «Военно-Медицинская Академия им. С.М. Кирова» Минздрава России, Санкт-Петербург*
3. *Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет «ЛЭТИ» Министерства науки и высшего образования России, г. Санкт-Петербург*
4. *ООО «Интеллектуальные программные системы», Санкт-Петербург*

Актуальность

Заболевания молочных желез (МЖ) являются актуальной проблемой здравоохранения. Перспективное направление для исследования – использование портативного маммографа для самообследования женщин и для массового скрининга. Регулярное обследование с применением современного оборудования в домашних условиях и/или для массового скрининга направлено на снижение летальности пациенток с патологией МЖ.

Цель

Оценка эффективности биоимпедансного метода выявления риска новообразований молочной железы в соответствии с установленными стандартами (шкала BIRADS) с помощью портативного «умного» маммографа.

Материалы и методы

В исследовании участвовали 35 пациенток, давших добровольное согласие, в возрасте 50±2,3 лет. Все обследовались с помощью портативного маммографа, результаты исследования отображались в виде матрицы проводимости, что позволило выстроить изображения. Данные сопоставлялись с результатами маммологического (ММГ) исследования, полученного с помощью полноформатной цифровой маммографии, результатами УЗИ и заключением врачей. При обследовании пациенток были выявлены 11,4% случаев жировой инволюции, 25,7% диффузный ФАМ, 22,9% диффузный ФКМ, 8,6% кисты на фоне жировой инволюции или 8,6% ФАМ на фоне жировой инволюции, 5,7% дуктэктазия. Биоимпедансный маммограф – устройство, содержащее матрицу электродов, ком-

мутатор и электронный преобразователь, обеспечивающий измерение. Матрица состоит из 85 электродов, обеспечивающих контакт с тканями человека. Электронный преобразователь формирует зондирующий и детектирует прошедший сигнал; проводится 222 измерения, определяя биоимпеданс участка ткани. Устройство выполнено в компактном корпусе с батарейным питанием, обеспечивает беспроводную передачу данных на электронные устройства. Программное обеспечение получает, обрабатывает, сохраняет и отображает биоимпедансное распределение. Обследование проводилось в положении лежа при максимальном сопоставлении и правильной ориентации электродной матрицы импедансного маммографа с кожной поверхностью МЖ. Производился визуальный анализ изображений, в онлайн режиме доступном врачу и пациенту, тк информация поступала на смартфон пользователя, а также числовой анализ соответствующей области и квадранта. Изменения в МЖ оценивали по расположению; интенсивности импеданса в зависимости от цветовой шкалы и изменений распределения импульсов в органе.

Результат

Полученные результаты о поражении МЖ согласуются с системой BIRADS и сопоставимы с данными ММГ и УЗИ. Указанные методы дополняют друг друга, что повышает качество обследования. Статистические исследования (ROC-анализ) показали достаточную для скринингового метода «чувствительность» и «специфичность» – не хуже 0,75.

Заключение

У здоровых женщин отмечается единичный очаг высокой интенсивности импеданса с равномерным распределением в проекции ареолы. При доброкачественных новообразованиях распределение импеданса имеет диффузно-равномерный характер средней интенсивности; при злокачественных новообразованиях при увеличении стадии процесса интенсивность импеданса достоверно снижается, очаги мелкие, хаотично расположенные. Эти особенности говорят о высоком риске новообразования, что сопоставимо с результатами ММГ, УЗИ и нашего метода. Программное обеспечение определяет фактор риска, который высокочувствителен и специфичен (0,75) к наличию новообразования, и оценивать состояние железы по международной шкале BIRADS. Прибор интересен для массового скрининга, тк обладает достаточной чувствительностью к новообразованиям (от 3 мм), в сочетании с отсутствием радиации, малыми габаритами и весом. Проведенные клинические, маммографические исследования показали, что патологические процессы находят свое подтверждение на маммограммах с использованием нашего прибора. Предлагаемый метод безболезненный, безвредный. Метод достаточно информативный. Прибор может использоваться множество раз, вне зависимости от возраста, не противопоказан при беременности и лактации, что позволяет широко применять его в профилактических целях, как для ранней диагностики, так и для определения группы риска рака МЖ.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D И ЕГО ВОЗМОЖНОЕ ВЛИЯНИЕ НА МАССУ ТЕЛА И ЕЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Гибадуллина Я.Э., Покусаева В.Н., Габор Н.В.

г. Смоленск

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность

Гиповитаминоз D у беременных связан с риском развития преэклампсии, гестационного сахарного диабета, преждевременных и оперативных родов. Кроме того, по данным литературы, витамин D может быть связан с прегравидарным ожирением и патологической прибавкой веса в период беременности. Однако до настоящего времени многие вопросы в рамках данной темы остаются малоизученнными.

Цель

Изучить обеспеченность витамином D беременных женщин в Смоленске и возможную связь его уровня с метаболическими нарушениями у беременных.

Материалы и методы

В одноцентровое неинтервенционное проспективное исследование включены 407 беременных женщин от 20 до 43 лет. Критерии включения: здоровые беременные женщины, согласие пациентки на участие в исследовании. Критерии невключения: многоплодная беременность, указания на сопутствующую соматическую патологию. Произведено измерение уровня 25 (OH) D (кальцидиола) крови матери в период беременности, расчет индекса массы тела (ИМТ) и гестационной прибавки веса. Участницы исследования разделены на 4 группы по уровню витамина D: выраженный дефицит (0-10 нг/мл), дефицит (10-20 нг/мл), недостаточность (20-30 нг/мл) и оптимальный уровень (>30 нг/мл). По значению гестационного увеличения массы тела (ГУМТ) с учетом прегравидарного ИМТ в соответствии с критериями Institute of Medicine (2009) выделены были расп 3 группы. Группу с нормальной прибавкой веса составили 156 пациенток, с чрезмерной – 200, с недостаточной – 51.

Результат

В текущем исследовании медиана по уровню 25 (OH) D имела значение 12,4 (8,51; 16,6) нг/мл, а по гестационной прибавке веса – 14,5 (12; 17,5) кг. Максимальный уровень кальцидиола крови в данной выборке достиг 45,6 нг/мл, минимум – 4 нг/мл. Оптимальный уровень витамина D был зафиксирован лишь у 1,6% женщин. У большинства пациенток наблюдался дефицит данного микронутриента (51,2%). На группу с выраженным дефицитом

и недостаточностью кальцидиола пришлось 34,4% и 12,8%, соответственно. При изучении обеспеченности витамином D по триместрам беременности были выявлены статистически значимые различия ($\chi2(6) = 13,6$, p=0,0034). Выраженный дефицит кальцидиола чаще всего встречался в 3 триместре (50%), в первом и втором триместрах на долю выраженного дефицита пришлось 25,7% (p=0,016) и 28,1% (p=0,001), соответственно. Оптимальный уровень витамина D, напротив, чаще наблюдался в 1 триместре (2,9%) в сравнении со 2 (1,4%, p=0,042) и 3 (1,3%, p=0,031) триместрами.

При сравнении уровня витамина D крови матери в группах с разным ГУМТ самый низкий показатель медианы кальциферола наблюдался среди женщин с недостаточной прибавкой веса в период беременности и составил 10,5 (9,48; 16) нг/мл, а самый высокий – в группе с чрезмерным ГУМТ: 12,6 (7,86; 16,5) нг/мл. Однако, полученные различия не были статистически значимыми ($\chi2=0,136$, df=2, p=0,934). Самое низкое значение медианы кальцидиола крови матери при сравнении по прегравидарному весу было зафиксировано в группе с дефицитом массы тела до беременности: 10,1 (6,39; 15,2) нг/мл, а самое высокое – в группе с нормальным прегравидарным ИМТ: 12,7 (8,94; 17) нг/мл. Однако, полученные результаты также статистически значимо не различались ($\chi2=4,86$, df=3, p=0,183).

При проведении корреляционного анализа для изучения связи между уровнем 25-гидроксивитамина D крови и гестационным увеличением массы тела женщины были получены следующие результаты: rs=0,01, 95% ДИ: -0,114; 0,134, p=0,87. Выявленная связь статистически незначимая, как и в расчетах с прегравидарным весом (rs = -0,042, 95% ДИ: -0,165; 0,183, p=0,513).

Заключение

51,2% беременных города Смоленска имеют дефицит витамина D. Это требует разработки комплексных мероприятий по ликвидации гиповитаминоза D, начиная с прегравидарного этапа. Отсутствие значимых связей концентрации 25 (OH) D с прегравидарным весом беременных и его гестационной прибавкой может быть обусловлено особенностями выборки – практически у всех женщин отмечена недостаточная обеспеченность витамином D. Дальнейшее изучение обозначенной темы может быть использовано в индивидуализации рекомендаций для профилактики возникновения дефицита витамина D при беременности.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ

Гохберг Я.А., Тимофеева А.В., Федоров И.С., Калинина Е.А.

г. Москва

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

Актуальность

На сегодняшний день нарушение механизмов имплантации эмбрионов в эндометрий остается важной проблемой в преодолении проблем бесплодия. Совершенствование программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) привело к определенным успехам, однако эффективность циклов остается на уровне 30-40%.Роль малых некодирующих РНК (мнкРНК) в имплантации представляет наибольший интерес в качестве современных диагностических подходов. Преимущества мнкРНК были продемонстрированы при изучении имплантационного потенциала эмбрионов, а также в фолликулярной жидкости и семенной плазме. Поэтому изучение профиля экспрессии мнкРНК, а именно микроРНК (miRNAs) и пивиРНК (piwiRNAs), в эндометрии представляется актуальным.

Цель

Изучить особенности экспрессии мнкРНК в маточном аспирате у пациенток при переносе размороженного эмбриона в естественном цикле (ЕЦ) и на фоне циклической гормональной терапии (ЦГТ).

Материалы и методы

Проведено обследование 102 супружеских пар, обратившихся в отделение вспомогательных технологий в лечении бесплодия. В рамках данного исследования пациентки были разделены на две группы в зависимости от подготовки эндометрия к криопереносу: группа ЕЦ – 42 пациентки, группа ЦГТ – 60. Проведено клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование, проанализирован исход программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), в которой осуществлялась витрификация эмбрионов. Проанализирован уровень экспрессии мнкРНК в маточном аспирате, идентифицированных методом глубокого секвенирования (NGC).

Результат

В группе ЦГТ пациентки с наступившей беременностью отличались от пациенток с отрицательным исходом по уровню прогестерона ($p < 0,001$), уровню тестостерона ($p = 0,02$) и толщине эндометрия в день переноса эмбрионов ($p < 0,001$). Толщина эндометрия в день криопереноса положительно коррелировала с базовым уровнем прогестерона ($p = 0,04$, $r = 0,28$). Статистически значимые отличия наблюдались у пациенток в ЕЦ с положительным и отрицательным результатом по уровню прогестерона ($p < 0,001$). В рамках данной работы построены модели логистической регрессии прогнозирования наступления беременности по профилям экспрессии микроРНК и пивиРНК в маточном аспирате, которые с 95% чувствительностью и 74% специфичностью в случае комбинации молекул miR-34c-5p, miR-363-3p, miR-1180-3p, miR-361-3p, miR-183-5p (AUC = 0,91, $p < 0,001$) или с 74% чувствительностью и 87% специфичностью в случае комбинации молекул piR_004152,piR_020541,

piR_001318, piR_014923, piR_017716 (AUC = 0,81, p < 0,001) определяют способность эндометрия к имплантации при переносе эмбрионов в криопротоколах.

Заключение

Выявлено, что базовый уровень прогестерона связан с группами наступления беременности, как в ЕЦ, так и в ЦГТ. В рамках исследования разработан прототип тест-системы оценки рецептивности эндометрия по содержанию мнкРНК в маточном аспирате в день переноса размороженного эмбриона.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Грызлова Н.Ю.[1,2], Сенаторова Л.В.[1], Лохмачева Е.А.[1], Горшкова И.А.[1]

г. Тула

1. *Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тульский государственный университет», медицинский институт*
2. *ГУЗ «Городская клиническая больница №2 имени Е.Г. Лазарева»*

Актуальность

Низкие показатели рождаемости и высокая смертность определяют актуальность проблемы репродуктивного здоровья для Тульской области. Здоровье женщин репродуктивного возраста привлекает пристальное внимание и в контексте обсуждения проблем воспроизводства, репродуктивного поведения, рождаемости и здоровья новорожденных.

Цель

Изучение медико-социальных показателей у женщин репродуктивного возраста проживающих в крупном промышленном городе центральной России.

Материалы и методы

Объект исследования 284 женщины репродуктивного возраста. Исследование проводилось в форме опроса с помощью специально-разработанной анкеты для самозаполнения.

Результат

Медиана возраста опрошенных – 27,4 года [18–35] лет. В возрасте 30-34 года – 92 (32,7%), 25–29 лет – 70 (24,9%), 20–24 лет – 69 (24,6%), до 20 лет – 26 (9,3%), 35 лет – 24 (8,5%). При ответе на блок вопросов, посвященных менструальному циклу установлено, что средний возраст вступления в менархе составил 13,0 [9–17] лет, в возрасте 9 – 11 лет – 23 (8,0%), в 12–15 лет – 254 (89,4%), старше 15 лет у 7 (2,6%). Продолжительность менструаль-

ного цикла составила в среднем 29,5 [21–59] дней. Нарушения менструальной функции выявлены у 42% анкетируемых. У каждой 4 менструации были обильные. Болезненные менструации зарегистрированы почти у половины. Средний возраст сексуального дебюта – 17,8 [14–27] лет. Начало половой жизни в возрасте 14–15 лет у 16 (5,6%), больше всего опрошенных начали половую жизнь старше 18 лет 146 (51,4%). В качестве основного метода контрацепции респонденты назвали презервативы – 105 (36,9%), 38 (13,4%) оральные контрацептивы. При анализе было установлено, что 151 (52,5%) опрошенная отрицала наличие беременности в анамнезе. Беременность имели 135 (47,5%), среднее количество беременностей составило – 0,91 [0–9]. Беременность закончилась родами у 121 (89,6%). Среднее количество родов – 0,57 [1–4]. Число детей составило 1–2, а количество многодетных семей среди обследуемых было минимальным. Это является отражением общей тенденции в России к снижению числа родов в течение репродуктивного периода. В структуре гинекологической заболеваемости преобладали кисты яичников 48 (16,4%) и инфекции, передающиеся половым путём – 40 (14,4%). Структура перенесенных соматических заболеваний у опрошенных: анемия у 29 (10,2%), патология молочных желез у 22 (7,75%), патология щитовидной железы у 19 (6,7%), сахарный диабет у 4 (1,4%). На наследственные заболевания указали – 102 (36%) респондентки. Спортом предпочитали заниматься 107 (37,7%). Анализ вредных привычек показал, что об употреблении алкоголя заявили 78 (27,5%), табакокурения – 38 (13,4%). Следует отметить, что необычные пристрастия в еде (веганство и т.д.) зарегистрировали у 7 (2,5%).

Заключение

На сегодняшний момент в регионе в активной фазе репродукции находится небольшая популяция женщин, которые имеют серьёзные проблемы с репродуктивным и соматическим здоровьем. At the moment, a small population of women who have serious problems with reproductive and somatic health is in the active phase of reproduction in the region.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙОМИОМ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

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

г. Донецк

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность

Лейомиома матки является доброкачественной опухолью, по данным разных авторов частота ее выявления колеблется от 36 до 50% среди заболеваний женской репродуктивной системы. Считается, что одним из основных факторов их развития является гипоксия

миометрия, как следствие нарушений микроциркуляции, что приводит к компенсаторным изменениям гладких миоцитов с последующими их дистрофическими изменениями и секрецией компонентов экстрацеллюлярного матрикса, что приводит к местной гиперплазии миометрия. Лейомиома – это мезенхимальная опухоль, гистологически построенная из пучков гладкомышечных волокон, имеющих хаотическое направление, которые окружены соединительно-тканной капсулой. В зависимости от чрезмерного развития соединительной ткани или сосудов в опухоли, лейомиомы могут быть поделены на фибролейомиомы и ангиолейомиомы. На актуальность данной проблемы указывает еще и то, что почти 70% оперативных вмешательств выполняется именно при наличии лейомиомы.

Цель

Установить патоморфологические варианты и особенности лейомиом матки в зависимости от их локализации при анализе гистологических заключений операционного материала пациенток разного возраста.

Материалы и методы

Проанализированы 98 результатов гистологических заключений послеоперационного материала, которые были окрашены гематоксилин-эозином. Все пациентки были разделены на четыре возрастные группы: 25–35 лет, 36–45 лет, 46–55 лет и 56–65 лет. Исследование проводилось на базе гинекологического отделения ДОКТМО.

Результат

На основе проведенного исследования было установлено, что лейомиомы матки чаще выявляются в возрастных группах 46–55 лет и составляют 43,88% (43 случая) и 56–65 лет, что составляет 31,63% (31 случай), и значительно реже у больных в возрасте 36–45 лет и 25–35 лет, что соответственно составляет 20,41% (20 клинических случаев) и 4,08% (4 клинических случая). В зависимости от локализации лейомиом в толще стенки матки, у 11,22% прооперированных больных (11 пациенток) были обнаружены субмукозные лейомиомы, у 68,37% (67 пациенток) – интрамуральные лейомиомы и у 20,41% (20 пациенток) – субсерозные лейомиомы. При гистологическом исследовании у 50% пациенток были диагностированы фибролейомиомы и ангиолейомиомы (16,33% случаев). Фибролейомиомы были диагностированы у пациенток в возрасте 36–65 лет почти с одинаковой частотой, что в среднем составляло 32%. Частота ангиолейомиомы была выше в возрастной группе 46–55 лет и составляла 43,75% среди всех случаев данной гистологической формы.

Заключение

Таким образом, выявлено, что чаще всего встречаются интрамуральные лейомиомы матки в перименопаузальном и постменопаузальном возрасте. Гистологически, в основ-

ном, одинаково встречались, как фибролейомиомы, так и ангиолейомиомы, кроме возрастной группы 46–55 лет.

АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

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

г. Донецк

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность

Последние годы отмечается рост нарушений менструальной функции у женщин, приводящих к потере трудоспособности, нарушения физической и умственной активности. Ко многим известным и, в значительной степени, изученным факторам воздействия на эту патологию добавились новые вызовы настоящего, а именно, COVID-19. Поэтому актуален поиск причин и методов лечения и этой патологии.

Цель

Выявить особенности нарушения менструальной функции у пациенток, перенесших COVID-19 и обеспечить их лечение, а также реабилитацию.

Материалы и методы

Нами было проведено анкетирование и обследование 195 девушек от 20 до 25 лет, 58 из которых перенесли COVID-19. Из них 28 пациенток (48,3%) указывали на нарушение менструальной функции.

Результат

Выявлено, что у 12 пациенток наблюдалось нарушение менструальной функции в острый период COVID-19. У 16 пациенток эти проявления манифестировали впервые, что составило 57,2% от всех обследуемых пациенток. Нарушения менструальной функции проявлялись: дисменореей (28 случаев, что составило 100,0%); олигоменореей (11 случаев, что составило 39,3%); аномальными маточными кровотечениями (17 случаев, что составило 60,7%). Всем пациенткам было проведено определение гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов; общего билирубина, холестерина, общего белка, трансаминаз, витамина D. Выполнено УЗИ гениталий. Исследовано гормональное зеркало крови: ТТГ, Т3, Т4, пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон в 1 и 2 фазу менструального цикла. У 17 пациенток был обнаружен дефицит витамина D. Выявлены: недостаточность прогестерона во 2 фазу менструального цикла у 23 пациенток (90,6%), нарушение соотношение ФСГ/ЛГ

у 10 пациенток (35,7%), относительная гиперэстрогения у 6 пациенток (21,4%), гиперпролактинемия у 19 пациенток (82,1%). У остальных пациенток наблюдалось нарушение менструальной функции при нормальных показателях гормонов яичников. У большинства пациенток нарушение менструальной функции в виде аномальных маточных кровотечений наблюдались в острый период COVID-19 и в течение 2-х месяцев после манифестации клинических проявлений COVID-19. Олигоменорея проявлялась в более отдаленные сроки, часто сочеталась с проявлениями предменструального синдрома. Лечение аномальных маточных кровотечений и олигоменореи проводилась монофазными комбинированными оральными контрацептивами и витамином D3 4000 МЕ/сутки.

Заключение

У пациенток, перенесших COVID-19, возникают нарушения менструальной функции, которые наблюдаются практически у половины (48,3%) пациенток. В острый период болезни преобладают аномальные маточные кровотечения (60,7%). Олигоменорея диагностирована в 39,3% случаев. У всех пациенток выявлена дисменорея. Комплексная терапия с использованием монофазных монофазными комбинированных оральных контрацептивов и витамина D обеспечила восстановление нормальной менструальной функции.

ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА D У БЕРЕМЕННЫХ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Денисова Т.Г., Васильева Э.Н., Сидоров А.Е., Денисова Е.А., Левицкая В.М., Сидорова Т.Н.

г. Чебоксары

Институт усовершенствования врачей Чувашии, Марийский государственный университет, Россия;
Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова;
БУ «Городская клиническая больница» Минздрава Чувашии Россия

Актуальность

Состояние здоровья детского населения относится к основным демографическим показателям и является главным критерием оценки системы здравоохранения в стране. Витамин D оказывает более значимое влияние на функционирование организма, чем полагали ранее. Активные метаболиты витамина свободно проходят через плацентарный барьер с начала гестации. При недостаточности и дефиците витамина D в период гестации у потомства чаще наблюдаются патология легких, когнитивные расстройства, нарушение пищевого поведения, уменьшение массы костной ткани, снижение иммунитета, нарушением функции плаценты и развитием задержки внутриутробного роста плода.

Цель

Сравнительный анализ состояния здоровья новорожденных в зависимости от уровня витамина D во время беременности.

Материалы и методы

В настоящее исследование включены 68 женщин и их новорожденные дети. Возраст пациенток составил от 22 до 35 лет. У беременных в конце 3 триместра определяли содержание 25(OH)D в венозной крови с помощью иммуноферментного метода наборов фирмы BIOMEDICAGRUPPE (Германия). В основную группу исследования вошли 36 беременных, которые во время беременности принимали препараты витамина D, в группу сравнения были включены 32 беременные, которые не получали препараты витамина D.

Статистическую обработку результатов исследования проводили пакетом программ Statistica for Windows (версия 6.1), где рассчитывали среднюю арифметическую и стандартную ошибки (M±m).

Результат

У 36 пациенток (основная группа), принимавших препараты витамина D, уровень 25(OH) D, по нашим данным, соответствовал 32,4±1,1 нг/мл. В группе сравнения, включавшей 32 беременные, не принимавшие по разным причинам препараты витамина D, уровень 25(OH)D в венозной крови составил 20,8±1,3 нг/мл (p=0,002). У пациенток, не принимавших в период гестации препараты витамина D, была выявлена недостаточность витамина D в соответствии с клиническими рекомендациями Ассоциации эндокринологов России (2015 г.).

У беременных, получавших препараты витамина D, родились доношенные дети, их масса составила в среднем 3423±182 г, у беременных, не получавших препараты витамина D, масса детей достигала в среднем 2875±261 г (p=0,091). При оценке параметров шкалы Апгар было выявлено, что 26 новорожденных у пациенток, получавших препараты витамина D, (72,2%) родились с оценкой 8,4±1,6 балла, уровень витамина D в крови пуповины составил 26,2±1,3 нг/мл. Анализ состояния здоровья новорожденных в раннем неонатальном периоде выявил церебральную ишемию у 11,1%; внутриутробную задержку роста плода – у 5,6%, гипервозбудимость – у 5,6%, внутрижелудочковые кровоизлияния – у 5,6%, кефалогематому – 2,8%, повышенный уровень билирубина – у 8,3%, внутриутробное инфицирование – у 5,6% детей.

Оценка состояния ребенка по шкале Апгар у 22 детей (68,8%) матерей, не принимавших препараты витамина D, в среднем составила 6,1±1,3 балла, при синдроме задержки роста плода – 4,2±1,1 балла, уровень 25(OH)D в крови пуповины составил 16,4±1,2 нг/мл, что расценивается как недостаточный уровень обеспеченности в соответствии с методическими рекомендациями, принятыми Российской ассоциацией эндокринологов в 2015 году.

Необходимо обратить внимание на то, что у пациенток, не принимавших препараты витамина D, 21,9% доношенных детей родились с синдромом задержки роста плода, что, безусловно, отразится на периоде адаптации новорожденного, росте, развитии и качестве здоровья в дальнейшем.

Заключение

Сравнительный анализ здоровья новорожденных выявил, что новорожденные матерей, не принимавших препараты витамина D, родились с более низкой массой тела и оценкой по шкале Апгар и у них чаще были зарегистрированы осложнения, связанные с беременностью и родами, при этом изучение содержания 25(OH)D обнаружило недостаточность 25(OH)D в 100% случаев. Доказана взаимосвязь концентраций 25(OH)D в венозной крови матери и крови пуповины и показателей ребенка при рождении (масса, длина, окружность головки и грудной клетки). Для залога основы хорошего здоровья детей необходимо, чтобы беременные получали достаточное количество витамина D.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛАКТАЦИИ

Дражина О.Г., Волотовская А.В., Савицкая В.М., Илькевич Н.Г.

г. Минск

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность

Грудное вскармливания и его поддержка – важный механизм профилактики заболеваний новорожденных, нормального течения послеродового периода у женщин и профилактики психосоматических состояний. Гипогалактия – недостаточное образование молока в послеродовом периоде, обусловленное патологически протекающей беременностью или родами, послеродовой гормональной недостаточностью, различными заболеваниями, особенностями организма и прикладыванием к груди, психогенными факторами. Является распространенной патологией и составляет по разным данным от 6,4 до 30% случаев.

Цель

Изучить причины лактационной недостаточности. Определить роль физиотерапиии для профилактики и лечения гипогалактии.

Материалы и методы

Были выделены женщины с ранней (до 10 дней с момента родов) и поздней гипогалактией. В клинической картине наблюдались синдром лактационной недостаточности и астеноневротический синдром. Основными критериями для постановки диагноза служило недостаточное для данных суток выделение молока и отсутствие тенденции к его увеличению после устранения всех видимых причин, которые могут снижать лактацию. Средний возраст рождения первого ребенка составил 29 лет.

Результат

По степени гипогалактию разделили на легкую (дефицит выработки молока до 25%), среднюю и тяжелую (дефицит более 50%), что высчитывалось по отношению к массе новорожденного. Первичная гипогалактия чаще встречалась у женщин после плановых операций кесарево сечение, после преждевременных родов, сопутствующих осложнений беременности (чаще анемия, токсикозы), родов (кровотечение), при раздельном пребывании матери и ребенка. Вторичная гипогалактия была связана с патологически протекающей беременностью, нарушением режима дня, сна и отдыха кормящей женщины, неправильным пищевым и питьевым рационом, с физическими перегрузками, эмоциональными переживаниями в период гормональной перестройки, заболеваниями матери.

Среди пациенток с нарушением лактации около 68% имели в анамнезе различные соматические заболевания: хронический тонзиллит, патологию сердечно-сосудистой системы, почек, анемию, аллергические и эндокринные заболевания. Выделена группа риска по развитию гипогалактии: женщины с поздним менархе, с нерегулярным менструальным циклом, эндокринной патологией (ожирение, нарушение функции щитовидной железы), пиелонефритами, после операции кесарево сечение, преждевременных и запоздалых родов, со слабостью родовой деятельности.

Лечение лактационной недостаточности включало в себя элементы психотерапии, фитотерапию, диетотерапию, физиотерапию, курс лечебной общеукрепляющей гимнастики. Основная роль в лечении этой патологии отдается немедикаментозным методам на амбулаторном этапе. В условиях роддома возможно определение факторов и прогнозирование нарушения лактации. Физические методы лечения назначают с целью активации лактационной функции молочных желез и восстановления функции центральной нервной системы. Для активации лактации чаще применяются следующие методы: гипоталамо-гипофизиндуцирующие, трофостимулирующие, раздражающих свободные нервные окончания. Для восстановления функции нервной системы – седативные и тонизирующие.

Критерии эффективности проводимой физиотерапии в комплексном лечении гипогалактии – увеличение количества вырабатываемого грудного молока. При проведения комплексной терапии эффективность была достижима. Противопоказания для проведения физиотерапии: фиброаденоматоз молочных желез, острый мастит, патология гипофи-

зарно-гипоталамической системы, органические поражения нервной системы, злокачественные новообразования.

Заключение

Проведение профилактики и лечения гипогалактии актуальны на современном этапе. Это связано с запоздалым возрастом рождения первого ребенка, наличием множественной соматической патологией и особенностями течения беременности и родов у женщин. Преформированные физические факторы могут позитивно влиять на состояние женщин с гипогалактией, применимы в комплексном лечении и профилактике в группах риска по развитию дефицита грудного молока от этапа роддома до окончания лактационного периода.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

Епифанова Ю.В., Денисова Т.Г., Григорьева А.С., Денисов М.С., Садардинова Р.Р., Денисова Е.А.

г. Чебоксары

Институт усовершенствования врачей Чувашии, Марийский государственный университет, Россия;
Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Россия

Актуальность

Изучение стоматологического статуса у женщин в менопаузе доказало существование взаимосвязи между снижением концентрации эстрогенов и увеличением стоматологических заболеваний. Поскольку слизистая оболочка полости рта содержит рецепторы эстрогенов, гормональные изменения могут проявляться прогрессированием таких стоматологических заболеваний, как кариес, гингивит, пародонтит, а также изменениями слизистой оболочки полости рта: жжение, плохой привкус во рту, вязкость слюны, сухость полости рта, а также дисбиоз микрофлоры полости рта.

Цель

Провести анализ стоматологической заболеваемости у женщин в менопаузе по данным литературы.

Материалы и методы

Проведен систематический поиск литературы в нескольких базах данных, включая PubMed, Cyberleninka, Google Scholar, используя следующие ключевые слова: «полость рта и менопауза», «климакс и стоматологический статус», «гигиена полости рта».

Результат

Менопауза – окончательное прекращение менструальных циклов у женщин. В этот период происходит снижение концентрации эстрогенных гормонов вследствие прекращения эндокринологической деятельности яичников. Слизистая оболочка полости рта и слюнные железы содержат рецепторы к эстрогенам, что позволяет предположить, что изменения уровня эстрогенов могут непосредственно влиять как на влагалище, так и и на слизистую оболочку полости рта. Дефицит эстрогенов влияет и на процесс регенерации эпителия слизистой оболочки полости рта. Это может приводить к ее истончению и атрофии, делая слизистую оболочку более восприимчивой к местным механическим повреждениям, вызывая дискомфортные состояния. В период менопаузы в полости рта чаще проявляются инфекции (например, кандидоз), синдрома жжения во рту, красный плоский лишай или идиопатическая невропатия. Кроме того, слюнные железы также являются гормонозависимыми, что приводит к изменению секреции слюны и ее консистенции. Как следствие, изменение качества слюны приводит к развитию патологии твёрдых тканей зубов и тканей пародонта, часто встречаются ксеростомия, ощущение жжения слизистой оболочки полости рта, дисгевзия, нарушение переносимости боли и снижение толерантности к использованию съемных протезов. Снижение концентрации эстрогенов, снижает всасывание кальция в кишечнике, что приводит к повышению уровня паратиреоидного гормона (ПТГ) в сыворотке крови. Нарушения регуляции кальций-фосфатного обмена приводят к повышенному высвобождению кальция в сыворотку крови и слюну. Следовательно, более высокая концентрация кальция в слюне может повлиять на более быструю минерализацию зубного налета и увеличить образование твёрдого зубного налёта. Эти последствия могут привести к повышенному риску развития гингивита и пародонтита. Также наблюдается снижение концентрации лизоцима в период менопаузы. Лизоцим проявляет антибактериальную, противовирусную и противогрибковую активность. Его снижение у женщин в менопаузе может повлиять на повышенный риск развития инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта (кандидоз, пародонтит, и др.). Гормональные изменения оказывают сильное влияние на полость рта женщины прямо или опосредованно через нервные механизмы. Атрофические изменения слизистой оболочки полости рта могут приводить к развитию аутоиммунных поражений, таких как вульгарная пузырчатка, доброкачественный пемфигоид слизистых оболочек, красный плоский лишай, а также к другим нарушениям, таким как идиопатическая невропатия и повышенная склонность к развитию кандидоза вследствие повышенной колонизации микроорганизмами. Количественные изменения половых стероид-

ных гормонов могут приводить к изменениям медиаторов воспаления, проницаемости сосудов, росту и дифференцировке фибробластов.

Заключение

Актуальной задачей современной стоматологии является ранняя идентификация, предупреждение и устранение факторов, способствующих нарушению баланса физиологических процессов в полости рта у женщин в менопаузе. При стойких симптомах со стороны полости рта, не поддающихся профилактическим и лечебным процедурам, целесообразна консультация гинеколога для возможной реализации менопаузальной гормонотерапии.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ НА ОСНОВЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ СИСТЕМЫ С ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛОМ

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

г. Москва

НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова

Актуальность

В настоящее время единственным методом терапии полипов эндометрия (ПЭ) является хирургическое лечение, однако частота рецидивов может достигать 18-20%. Вследствие этого актуальной задачей является разработка методов профилактики, позволяющих избежать повторных инвазивных вмешательств. Известно антипролиферативное действие левоноргестрела (ЛНГ) на слизистую оболочку матки при гиперплазии и раке эндометрия, однако его эффективность при ПЭ окончательно не изучена.

Цель

Оценка эффективности внутриматочной системы с левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС) в качестве вторичной профилактики ПЭ.

Материалы и методы

В исследование включено 146 женщин репродуктивного возраста, перенёсших гистероскопию, полипэктомию. 43 из них была введена ЛНГ-ВМС, остальные 103 пациентки – терапию не получали. Проводился динамический ультразвуковой мониторинг в течение 12 месяцев.

Результат

По результатам 12-месячного наблюдения, контрольное УЗИ было проведено у 42 пациенток исследуемой группы и 82 – контрольной. Число рецидивов среди женщин, не получавших гормонотерапию, составило 14 (17,1%), среди которых 2 (2,4%) в первые 6 мес. В группе ЛНГ-ВМС рецидивов не отмечено, что было статистически значимо ниже по сравнению с группой наблюдения (p=0,002).

Заключение

ЛНГ-ВМС может служить эффективным методом вторичной профилактики ПЭ и позволяет избежать повторных хирургических вмешательств.

ОЦЕНКА МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА

Исламова А.Ю., Эседова А.Э.

г. Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала

Актуальность

Искусственный аборт считается одной из ведущих причин нарушения менструальной функции, бесплодия, заболеваний молочных желез, негативно влияет на течение последующей беременности и родов. Возникла возможность воздействия магнито-ИК-свето-лазером и озоном в профилактике осложнений после медаборта в условиях повышения резистентности микробов к антибиотикам и увеличении частоты аллергизации.

Цель

Повысить эффективность мероприятий, позволяющих сократить количество осложнений после медицинского аборта.

Материалы и методы

Обследовано и пролечено 124 больных после медаборта, которые разделены на 3 группы. В основную подгруппу I включены 52 (42,0%) женщины, которым в комплексе с антибиотиками использовали магнито-ИК-свето-лазер и озон для профилактики осложнений после аборта. В основной подгруппе II 24 (19,3%) пациенток, которым в связи с дисбактериозом, аллергическими реакциями, лекарственной болезнью применяли магнито-ИК-свето-лазер и озон, без антибиотиков. Контрольную группу составили 48 (38,7%) больных, которым не проводилась профилактика осложнений после медаборта.

Эффективность профилактики осложнений после медицинского аборта оценивали по данным клинической картины, результатам лабораторных и инструментальных методов исследований.

Результат

Для оценки эффективности проведенных профилактических мероприятий после артифициального аборта важными являются отдаленные результаты лечения в восстановлении менструальной и репродуктивной функции. Осмотр пациенток проводили через 3, 6 и 12 месяцев после медицинского аборта.

Через месяц после производства медицинского аборта, у большинства пациенток продолжительность менструации была менее 8 дней, однако, исследуемые группы отличаются данным фактом. В основной подгруппе I, где в комплексе с антибиотиками применяли магнито-ИК-свето-лазерную и озонотерапию, о нормальной продолжительности менструации через 3 месяца сообщили 36 (69,2%) пациенток. В основной подгруппе II, где с профилактической целью применяли только физические факторы, у 16 (66,7%) пациенток нормализовалась менструация, в то время, как в контрольной у 26 (54,1%) женщин. Более 8 дней продолжалась менструация у 16 (30,8%), 8 (33,7%) и 22 (45,9%) женщин соответственно.

Через 6 месяцев и год менструальная функция оставалась нарушенной у 2 (3,9%) пациенток основной подгруппы I, у 1 (4,1%) основной подгруппы II и у 6 (12,5%) женщин контрольной группы с учетом графиков базальной температуры и тестов на овуляцию.

Заключение

Проведенный анализ, показал, что применение магнито-ИК-свето-лазера и озона позволило в течение 3 месяцев восстановить нормальный менструальный цикл у 96,1% пациенток основной подгруппы I и у 95,9% основной подгруппы II, в контрольной группе, где не проводилась профилактика послеабортных осложнений, у 87,5%.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДНЕКСИТА ПОСЛЕ АРТИФИЦИАЛЛЬНОГО АБОРТА

Исламова А.Ю., Эседова А.Э., Мамедов Ф.С.

г. Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала

Актуальность

В структуре гинекологической заболеваемости ведущее место занимают воспалительные процессы придатков матки. Клиническая эффективность лечения часто оказывается недостаточной, несмотря на предложенный арсенал медикаментозных средств, что диктует необходимость поиска новых эффективных методов терапии.

Цель

Повысить эффективность лечения обострения хронического аднексита после медицинского аборта.

Материалы и методы

Эффективность комплексной профилактики осложнений после медицинского аборта оценивали по клиническим данным, результатам лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результат

В процессе лечения обнаружено, что у больных первой группы, которым применяли современные технологии, на 2–3 сутки лечения купировался болевой синдром, нормализовалась температура тела и прекратились патологические выделения из половых путей, в то время как у пациенток второй группы, пролеченных без антибиотиков, и контрольной группы сохранялись основные симптомы заболевания до 4–5 суток.

У пациенток первой группы, которым в комплексе лечебных мероприятий, наряду с традиционной терапией, применяли магнито-ИК-свето-лазерную и озонотерапию, данные острофазных белков воспаления (С-реактивный белок, антистрептолизин и серомукоид), уровень средних молекул, показатели перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид и диеновые конъюгаты) и антиоксидантной активности (каталаза и пероксидаза), провоспалительных цитокинов (интерлейкин-1 и фактор некроза опухолей) достигли нормы на 8–9 сутки лечения, в то время как у больных второй группы, пролеченных без антибиотиков на 9–10 сутки, контрольной группы лишь на 11–12 сутки лечения.

По данным лазерной биофотометрии в первой группе больных, которых лечили магнито-ИК-свето-лазерной и озонотерапией, коэффициент отражения соответствовал норме (42 о.е.) на 8–9 сутки, во второй группе на 9–10 сутки, в то время, как в контрольной группе эти показатели нормализовались на 12–13 сутки лечения.

У большинства больных первой и второй группы, которым применяли физические факторы, на 8–9 сутки лечения эхографически отмечалось уменьшение диаметра маточных труб, размера яичников, объема «свободной» жидкости в дугласовом пространстве, в то время, как у каждой пятой пациентки контрольной группы сохранялись ультразвуковые признаки воспаления.

Заключение

На основании оценки клинико-лабораторных исследований, комплексная терапия с использованием современных технологий (магнито-ИК-свето-лазер и медицинский озон) оказалась эффективной в лечении обострения хронического двустороннего аднексита. Учитывая простоту, эффективность, экономичность методик, их следует рекомендовать для широкого клинического применения.

ПРИМЕНЕНИЕ 3Д-ОПУХОЛЕВЫХ СФЕРОИДОВ В DRUG DISCOVERY

Кавиладзе М.Г., Леваков С.А.

г. Москва

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность

Трехмерные культуры опухолевых клеток преодолевают ограничения традиционно используемых монослойных культур и воссоздают такие основные характеристики опухолей, как пространственные градиенты кислорода, факторов роста и метаболитов и наличие некротических, гипоксических, покоящихся и пролиферативных клеток.

Цель

Целью данного исследования было доказать преимущество 3D-модели над 2D-моделью с целью дальнейшего интегрирования in vitro модели опухолевых сфероидов в схему разработки противораковых лекарственных средств и использования первичных опухолевых клеток в исследованиях скрининга лекарств для реализации персонифицированного лечения рака.

Материалы и методы

В рамках исследования были получены многоклеточные сфероиды, сгенерированные из суспензии отдельных клеток иммортализованной клеточной линии аденокарциномы молочной железы человека MCF-7 в сыворотке. Микрокапсулы с мультиклеточными опухолевыми сфероидами (МОС) инкубировались в 24-луночных планшетах с Метотрексатом в течение 48 часов. В качестве контроля использовали монослойную культуру MCF-7 (105 кл в лунке). Количественная оценка выживших клеток производилась с помощью красителя трипанового синего в камере Фукса-Розенталя.

Результат

При концентрации Метотрексата 100 нМ выживаемость жизнеспособных клеток в контроле была вдвое меньше по сравнению с таковой для МОС. Была также произведена оценка цитотоксического действия Капецитабина в зависимости от размера МОС. При концентрации Метотрексата 100 нМ количество живых клеток составило 65 и 88% для сфероидов размером 150 и 300 мкм, соответственно, в то время как в контроле это значение составило только 35%.

Заключение

По сравнению с монослойными культурами раковые клетки в трехмерных сфероидных культурах демонстрируют большую устойчивость к цитотоксическим препаратам, причем цитотоксическое действие Метотрексата уменьшается с увеличением размера МОС. В связи с этим, трехмерные опухолевые модели представляют собой ценный «инструмент» для исследования рака в контексте с drug discovery.

ОЦЕНКА ПИКОВ ПОЛОС ПОГЛОЩЕНИЯ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА МИОМЫ МАТКИ

Камилова Н.М., Сафарова С.С.

г. Баку

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Акушерства и гинекологии I, Баку

Актуальность

Миома матки – одно из самых распространенных гинекологических заболеваний в мире, составляет от 10% до 30% всех гинекологических патологий. После 35 лет риск возникновения миомы матки у женщин достигает максимальных значений – 76% – 80%.

Несмотря на то, что миома матки имеет бессимптомное течение, спектр ее побочных влияний на здоровье и качество жизни женщины велик и не всегда выявляется. Многие вопросы, посвященные данной проблеме, остаются дискутабельными и недостаточно изученными, чрезвычайно важно, и актуально диагностировать миому матки на ранних этапах развития.

Цель

Цель настоящего исследования заключатся в определении уровня характерных пиков полос поглощения образца сыворотки крови инфракрасной спектрометрии для миоматозных узлов.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 65 пациенток репродуктивного возраста (от 18 до 44 лет) с характерными изменениями гормонального, метаболического фона. Предполагаемый диагноз аномальное маточное кровотечение, эндометриоз, миома матки. С целью дифференциальной диагностики нами использован метод молекулярной инфракрасной-спектроскопии. Для этой цели использован стандартный двухлучевой инфракрасный спектрометр «SPECORD – 75 IR» в диапазоне частот 4000-400 см-1. Материалом для исследования служила сыворотка крови. Кровь в количестве 1 мл забирали из локтевой вены, при необходимости центрифугировали.

Результат

У 37 (56,9%) пациенток был диагностирован и подтвержден диагноз – «Миома матки». Амплитуда пиков при миомах на участках 806 см-1, 941 см-1, 1044 см-1, 1453 см-1, 1737 см-1 больше, чем у здоровых людей, но 1312 см-1, 1398 см-1, 2856 см-1, 2928 см-1, 3280см-1 и 3453 см-1 имеют меньшие амплитуды. Несмотря на эти различия в соотношениях амплитуд, изменения амплитуд пиков по сравнению со здоровой группой по волновым числам 1082 см-1, 1169 см-1, 1249 см-1, 1552см-1,1644 см-1, 2876 см-1, 2955см-1, 3061 см-1не наблюдается.

Определение спектра за пределами области стандартного отклонения (серая область) может считаться значимой разницей. Участки спектра, в пределах 1657-1539 см-1-полоски Амид I и Амид II, 750-1049 см-1 (конформация анти-А-спираль, каратиноид), вышли за пределы серой зоны. Эти области демонстрируют информативность пациента по сравнению со спектром здорового человека. также изменения были выявлены в так называемой «липидной» части спектра-области в пределах 3000-3230 см-1 и 2848-2930 см-1. Область 3000-3230 см-1 характеризуется ароматическим удлинением С. Определены полосы 2848-2930 см-1, которые описывают симметричное удлинение СН3 и удлинение С-Н. Можно сделать вывод, что некоторые части спектра могут быть использованы в качестве основного диагностического инструмента для пациентов с миомой.

Заключение

Метод молекулярной инфракрасной спектроскопии может быть использован для быстрого и эффективного анализа развития миомы матки. Амплитуды пиков полос поглощения позволяют оценить риск развития и рецидивирования миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА В ТЕРАПИИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Камилова Н.М., Султанова И.А., Сафарова С.С.

г. Баку

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Акушерства и гинекологии I, Баку

Актуальность

Дефицит прогестерона является причиной многих гинекологических заболеваний, таких как дисменорея, эндометриоз, вторичная аменорея, нерегулярные менструации, аномальные маточные кровотечения (АМК), предменструальный синдром, бесплодие, а также важнейшей акушерской патологии – невынашивания беременности.

Концентрация прогестерона в плазме крови зависит от целого ряда факторов: размера желтого тела, а точнее количества лютеиновых клеток в нем, их функциональных способностей и кровотока в железе. Поддерживают жизнедеятельность желтого тела два основных гормона, имеющих гомологичную структуру – ЛГ и хорионический гонадотропин. В лечебной практике в настоящее время препаратом выбора могут быть гестагеновые препараты, в том числе Утрожестан (BESINSHEALTHCARE, SA (Бельгия). Фармакологическое действие обусловлено наличием прогестерона, являющегося гормоном желтого тела. Вызывает переход слизистой оболочки матки из фазы пролиферации в секреторную фазу. Уменьшает возбудимость и сократимость мускулатуры матки и маточных труб. Не обладает андрогенной активностью. Оказывает блокирующее действие на секрецию гипоталамических факторов высвобождения ЛГ и ФСГ, угнетает образование гипофизом гонадотропных гормонов и тормозит овуляцию.

Цель

Провести сравнительную оценку ультразвуковых показателей до и после лечения у пациенток с аномальными маточными кровотечениями.

Материалы и методы

В исследование были включены 70 женщин с аномальными кровотечениями. Средний возраст 34±0,6.

Для выполнения работы помимо общеклинического обследования, включающего изучение анамнеза, репродуктивной функции, проведение общего и гинекологического осмотра, было проведено эхографическое исследование.

Полученные результаты подвергались статистической обработке путем определения среднего математического предела (M), стандартного отклонения, средней ошибки математического предела (m). Результаты считали статистически значимыми при p<0,05. Статистические исследования проводили с использованием программы Microsoft Excel и программы Statistica 10.0.

Результат

У пациенток на фоне лечения гестагеновым препаратом выявлено достоверное снижение IR с 0,90+0,01 до 0,86+0,01 и с 0,87+0,01 до 0,84+0,01 (p<0,05) на уровне правой или левой маточной артерий соответственно. Отмечено снижение средней величины S/D соотношения в левой маточной артерии с 9,84+0,36 до 7,56+0,56; в аркуатных артериях – P1 с 2,52+0,13 до 1,74+0,13 в пролиферативную фазу и с 1,96+0,14 до 1,63+0,10 в секреторную фазу цикла, IR с 0,91+0,01 до 0,80+0,01 и с 0,84+0,02 до 0,72+0,02 соответственно в I и II фазу цикла (p<0,05). Достоверное снижение индексов сосудистого сопротивления в пролиферативную фазу выявлено и в радиальных артериях: PI снизился с 1,63+0,10 до 1,34+0,07, IR – с 0,78+0,02 до 0,71+0,02 (p<0,05). Полученные изменения свидетельствуют о повышении конечной диастолической скорости кровотока, снижении сосудистого сопротивления и увеличения тока крови по маточным сосудам. Изменения гемодинамики по остальным показателям были статистически недостоверны.

Заключение

У пациенток с аномальным маточным кровотечением по данным цветового допплеровского картирования выявлено диффузное усиление кровотока в зонах расположения гетеротопий в миометрии. На фоне лечения в пролонгированном режиме отмечено достоверное уменьшение количества локусов кровотока в миометрии по данным допплерометрического исследования.

ЭФФЕКТ НИЗКИХ ДОЗ АСПИРИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАННЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Каюмова Д.Т., Набиева Р.М., Атаходжаева Ф.А.

г Ташкент

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Преэклампсия, особенно ранняя, связана с нарушением функции плаценты, может вызывать тяжелые осложнения в перинатальном периоде, является патологией, встречающейся в среднем в 2% всех беременностей. Поскольку эффективного лечения преэ-

клампсии в настоящее время не существует, имеется большая потребность в разработке методов профилактики в амбулаторных условиях.

Цель

Оценить влияние низких доз аспирина на профилактику ранней преэклампсии, определяемой на основании субъективных и биохимических анализов при скрининге на ранних сроках беременности.

Материалы и методы

Исследование проводилось в Ташкентской медицинской академии 806 беременным женщинам с 11–13 нед. гестации и высоким риском развития преэклампсии: первобеременные, многоплодная беременность, преэклампсия в анамнезе, преэклампсия у матери. Всем женщинам, согласно рекомендациям ВОЗ (2014) с целью профилактики преэклампсии был рекомендован прием ацетилсалициловой кислоты 75 мг/сут. Основную группу составили 347 беременных, которые принимали предложенный препарат, 459 женщин, которые с силу определенных обстоятельств не принимали аспирин (отказ от приема, непереносимость, экономические и социальные факторы) составили группу контроля. Проведено проспективное коготрное исследование. Для статистического анализа использовали среднее и стандартное отклонение или пропорции, относительные отношения рисков (OR), 95% доверительный интервал (95% CI).

Результат

Беременные наблюдались до родов, ранняя преэклампсия наблюдалась в 36 (10,37%) случаях в основной группе и в 103 (22,44%) случаях – в контрольной, т.е., реализация наблюдалась практически в 2 раза реже при приеме ацетилсалициловой кислоты. 193 (55,61%) женщинам основной группы назначали аспирин до 16 нед беременности, остальным – аспирин назначался позже до срока гестации. Профилактическое применение аспирина значительно снижало риск развития преэклампсии (OR: 0,40, 95% CI: 0,2658–0,6022, p <0,0001).

Заключение

У беременных с риском развития преэклампсии ежедневный прием 75 мг аспирина с конца I триместра до родов приводил к достоверному снижению риска развития преэклампсии по сравнению с женщинами не принимавших аспирин. Кроме того, было установлено, что начало приема аспирина до 16 недель беременности или его применение у женщин, не страдающих хронической артериальной гипертензией, оказывает более высокий эффект, чем в других случаях.

БЕСПЛОДИЕ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУПРУЖЕСКИХ ПАР И ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Киракосян Е.В.

г. Москва

Актуальность

Бесплодие неясного генеза (БНГ) устанавливается у пар, при стандартном обследовании которых причина бесплодия не выявляется: менструальный цикл регулярный, овуляторный, маточные трубы проходимы, эндометрий без патологических изменений, показатели спермы в норме, при проведении лапароскопии и гистероскопии патология не обнаруживается – все это позволяет отнести БНГ к так называемым диагнозам исключения.

Цель

Оптимизирвать тактику ведения пациентов с БНГ на основе анализа анамнеза, клинических, лабораторных, инструментальных показателей и результатов программ вспомогательных репродуктивных технологий.

Материалы и методы

Проведен ретроспективно-проспективный комплексный анализ 1191 супружеской пары с бесплодием в научно-клиническом отделении ВРТ им. Ф.Паулсена Института репродуктивной медицины ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Согласно заданным критериям, в группу БНГ было включено 138 пациенток (проспективно – 45, ретроспективно – 48), которым было проведено 108 программ экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), в группу трубно-перитонеального фактора бесплодия (ТПБ) – 45 пациенток, которым было проведено 49 программ ЭКО. Проведено пилотное исследование – полноэкзомное секвенирование 6 супружеских пар (женщин и мужчин), целенаправленно и методично отобранных из проспективной группы БНГ.

Результат

Установлены статистически значимые различия в анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных характеристиках между группами. В качестве конечной точки рассматривалась частота бластуляции в программах ЭКО, которая оказалась статистически значимо ниже в группе БНГ (45,53%). Углубленный анализ эмбриологического

этапа программ ЭКО показал, что снижение частоты бластуляции при БНГ происходит преимущественно за счет остановок развития эмбрионов до 3 суток культивирования. При этом в группе БНГ отмечалось более высокое качество бластоцист на основании их морфологической оценки (66,7%) по сравнению с ТПБ (45,8%) при одинаковой частоте выявления эуплоидных эмбрионов по данным преимплантационного генетического тестирования эмбрионов на анеуплоидии (41,7% и 40,0%, соответственно). По результатам полноэкзомного секвенирования у пациентов с БНГ не было обнаружено известных вариантов, с которыми может быть связано бесплодие.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о том, что супружеским парам с БНГ нецелесообразно рекомендовать расширенное диагностическое обследование и эмпирическое лечение, а необходимо раннее проведение ЭКО с переносом эмбриона хорошего качества (>3, AA, AB, BA) на 5-6 сутки культивирования.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ КАК ПРИЧИНА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ковалева Ю.В.

г. Санкт-Петербург

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Актуальность

Нормальное развитие эндометрия и его изменения в течение менструального цикла являются необходимыми условиями для успешной имплантации и наступления беременности. Склеротические изменения сосудов матки и эндометрия, снижение в них кровотока, фиброз стромы характеризуют морфологические и функциональные особенности эндометрия при хроническом эндометрите (ХЭ), показывая его несостоятельность для адекватной имплантации плодного яйца. Известно, что на фоне ХЭ происходит изменение локального иммунитета, а именно активация клеточных и гуморальных реакций воспаления на локальном уровне, которая при наступлении беременности приводит к нарушению процессов инвазии и развития хориона.

Цель

Изучение роли ХЭ в генезе невынашивания беременности и оценка эффективности комплексной терапии в восстановлении нарушенной репродуктивной функции.

Материалы и методы

Обследовано 94 женщины (средний возраст 33,8±2,8 года) с невынашиванием беременности, 72,3% из них имели однократные выкидыши или неразвивающуюся беременность в анамнезе, у 27,7% наблюдалось привычное невынашивание.

Проведено бактериологическое, гормональное, эхографическое исследование, гистологическое и иммуногистохимическое (ИГХ) исследование эндометрия (21–24-й дни цикла). В биоптатах эндометрия исследована экспрессия рецепторов эстрогенов и прогестерона и субпопуляционный состав лимфоцитов: CD138+, CD20+, Т-лимфоцитов CD8+ и CD4+. При наличии лимфолейкоцитарной инфильтрации, фиброза стромы, плазматических клеток и склеротических изменений стенок спиральных артерий, а также увеличении экспрессии иммунокомпетентных клеток, подтверждался диагноз ХЭ.

Результат

На основании указанных критериев ХЭ различной степени активности выявлен у 84,0% пациенток. В 58,5% случаев имело место нарушение экспрессии рецепторов к половым стероидам в железах и строме эндометрия. Гистологически эндометрий на 21-24-й день цикла характеризовался неполноценной секреторной трансформацией (ранняя стадия фазы секреции) у 62,8% пациенток. При бактериологическом исследовании отделяемого цервикального канала у 52,1% пациенток выявлено наличие условно-патогенной флоры.

Терапия ХЭ является комплексной и многоэтапной, включающей элиминацию возбудителя, иммунокоррекцию, после чего реабилитацию эндометрия. Проведение только антибиотикотерапии нередко оказывается малоэффективным. Изменения в иммунном статусе при ХЭ обосновывают необходимость проведения иммунокорригирующей терапии. После проведения этиотропной и иммунотерапии второй этап лечения направлен на восстановление морфофункционального потенциала ткани и устранение вторичных повреждений и включает применение физических факторов (УЗ-кавитацию, магнито- и лазеротерапию по вагинальной методике). Завершающий этап терапии ХЭ заключается в применении заместительной гормонотерапии (ЗГТ) натуральными эстрогенами и прогестероном с целью усиления пролиферации во всех структурах эндометрия, включая сосуды, и создания адекватной секреторной трансформации в функциональном слое.

Курс лечения составлял 4–6 месяцев. На последнем этапе лечения или в следующем менструальном цикле после его окончания выполнялась контрольная пайпель-биопсия эндометрия с гистологическим и ИГХ исследованием биоптатов. В результате проведенного лечения ХЭ наблюдалась нормализация гистологической структуры эндометрия в соответствии с фазой менструального цикла у 93,6% пациенток, достоверное ($p<0,05$) снижение количества CD138+ и CD20+ В-лимфоцитов у 86,2%. Соотношение показателей локального иммунитета трактовалось как ХЭ слабой активности у 77,7% женщин, у 22,3% пациенток после лечения признаки ХЭ по данным ИГХ не выявлены.

Беременность наступила у 62,8% пациенток, в 100% случаев удалось пролонгировать беременность до доношенного срока.

Заключение

Комплексная терапия ХЭ, включающая иммунотерапию, физические факторы и ЗГТ, приводит к подавлению воспалительного процесса: снижению в эндометрии количества цитотоксических Т-лимфоцитов и В-клеток, а также к восстановлению чувствительности эндометрия к гормональной регуляции, что позволяет снизить частоту последующего невынашивания беременности.

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОК С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА

Ковалева Ю.В.

г. Санкт-Петербург

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Актуальность

Синдром Шерешевского-Тернера (СШТ) является наиболее частой причиной нарушения половой дифференцировки. В связи с отсутствием выработки эстрогенов дисгенетичными яичниками происходит нарушение формирования нормального пубертата, что проявляется отсутствием роста молочных желез, а также отсутствием увеличения размеров матки, снижением минеральной плотности костной ткани (МПКТ), ранним прогрессированием сердечно-сосудистых заболеваний. СШТ ассоциирован с гипергонадотропным гипогонадизмом, и 90% пациенток требуют заместительной гормональной терапии (ЗГТ) для инициации и/или для достижения прогресса в половом развитии и профилактики поздних осложнений дефицита эстрогенов.

Цель

Оценить эффекты заместительной гормональной терапии у пациенток с синдромом Шерешевского-Тернера.

Материалы и методы

Обследовано 14 девочек-подростков в возрасте 12–19 лет (средний возраст 16,4±3,2 года). Диагноз СШТ устанавливался по результатам цитогенетического исследования. У всех пациенток проводилось измерение антропометрических данных, оценка костного возраста. Степень полового развития оценивалась по шкале J. Tanner. Выполнялось исследо-

вание гормонов крови (ФСГ, ЛГ, пролактина, ТТГ, эстрадиола, АМГ), УЗИ органов малого таза, остеоденситометрия. В биохимическом анализе крови оценивали уровень глюкозы, липидограмму, выполнялся анализ крови на коагулограмму. Для исключения пороков развития мочевыделительной системы выполнялось УЗИ почек.

ЗГТ начинали с монотерапии эстрогенами при отсутствии признаков спонтанного пубертата и возрасте 12 лет и старше. Для ЗГТ выбирали пероральный препарат эстрадиола валерата в дозе 0,5 мг/сут или трансдермальный препарат 0,1% геля эстрадиола гемигидрата 0,25 мг/сут. В дальнейшем проводилось постепенное (каждые 6 мес.) увеличение дозы препарата до 1 мг/сут, а затем 1,5 и 2 мг/сут. При появлении спонтанной менструально-подобной реакции или через 12–18 месяцев, при достижении достаточной толщины эндометрия по данным УЗИ органов малого таза (8–10 мм) пациентки переводились на циклический режим комбинированной ЗГТ путем добавления препаратов прогестерона с 16 по 25-й дни менструального цикла или заменой препарата на комбинированный препарат циклической ЗГТ (как правило, 17β-эстрадиола 2 мг и дидрогестерона 10 мг).

На фоне ЗГТ проводилось контрольное обследование пациенток, включающее оценку динамики полового развития, липидограмму, УЗИ органов малого таза (размеры матки и толщина эндометрия в динамике).

Результат

Кариотип пациенток с СШТ был представлен различными вариантами: 45X; 45X/46XX; 45X/46X+der(X); 46X+mar/45X; 45X/46Xi,(Xq); 46X,del(X). Средний рост пациенток составил 131,5±4,6 см.

Молочные железы на момент обращения не превышали стадию развития по Tanner Ma3, а через 2 года на фоне приема ЗГТ соответствовали Ma4-Ma5.

Размеры матки до начала ЗГТ 28,4±0,8 × 20,4±0,4 × 29,6±0,5 мм, через 2 года ЗГТ увеличились до размеров, соответствующих норме для женщин репродуктивного возраста 42,3±1,3 × 25,2±0,6 × 44,1±1,1 мм.

В 57,1% случаев выявлена гиперхолестеринемия и дислипидемия. Лечение половыми стероидами независимо от пути их введения приводило к снижению повышенных уровней холестерина и атерогенных фракций липопротеидов.

У всех пациенток с СШТ снижена МПКТ как в поясничном отделе позвоночника, так и в проксимальном отделе бедренной кости (Z-критерий в L1-L4 колебался от –1,9 до –2,6). Заместительная терапия эстрогенами в течение двух лет приводила к улучшению качества костной ткани (Z-критерий от –1,5 до –2,0).

Заключение

Своевременная адекватная гормонотерапия позволяет добиться формирования вторичных половых признаков, обеспечить полноценную функцию матки перед планируемой беременностью, предупредить прогрессирование остеопороза и нарушений липидного обмена.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Копысова Е.Д., Голенищева Т.В., Тихонова Н.В.

г. Ижевск

ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ

Актуальность

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают одно из ведущих мест среди экстрагенитальной патологии у беременных. Физиологические изменения гемодинамики, сопровождающие беременность (увеличение объёма циркулирующей крови, увеличение ударного объёмасердца и частоты сердечных сокращений), изменения гормонального статуса женщины (повышение синтеза эстрогенов, прогестерона, простагландинов, ренина, ангиотензиногена) способствуют изменению возбудимости, автоматизма, рефрактерностимиокарда, что может способствовать возникновению нарушений ритма сердца (НРС), а также усугублять течение уже имеющейся аритмии. Особый интерес для акушера-гинеколога представляет влияние НРС на течение беременности и родов.

Цель

Проанализировать особенности течения беременности и родов у женщин с НРС.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ индивидуальных карт беременных и родильниц (форма 111/у), историй родов у 70 женщин с НРС, находившихся на родоразрешении в специализированной по сердечно-сосудистой патологии женской консультации и родильном доме БУЗ УР РКДЦ МЗ УР в 2019 году.

Результат

При оценке структуры НРС выявлены следующие аритмии:

- нарушение образования ритма сердца в 82,9% случаев (из них синусовая тахикардия – 50,0%, наджелудочковая экстрасистолия – 36,2%, желудочковая экстрасистолия – 13,8%);

- нарушение проведения импульса в 14,2% случаев (из них атриовентрикулярная блокада II степени – 40,0%, блокада ножек пуска Гиса – 60,0%);
- комбинированные нарушения встречались в 2,9% случаев (WPW-синдром).

Сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы имели 54,3% женщин, из них 89,5% имели гипертоническую болезнь различной степени и стадии, 10,5% – постмиокардитический склероз. У большинства (95,7%) женщин НРС было установлено впервые во время беременности. Различными аритмиями страдали до беременности 4,3% обследуемых. Клинические проявления имеющегося НРС имели 14,3% беременных.

Медикаментозное лечение НРС получали 7,1% женщин (терапия метопрололом).

Лечение в условиях кардиологического стационаре потребовалось 4,3% беременным. Тяжелых акушерских осложнений у обследуемых женщин выявлено не было. У 48,9% женщин беременность завершилась родами через естественные родовые пути; чуть больше половины женщин (57,1%) были родоразрешены оперативным путем по акушерским показаниям.

Заключение

Таким образом, наличие у женщины нарушения ритма сердца, в большинстве случаев, не оказывает значимого влияния на течение беременности и родов, но требует комплексного наблюдения за пациенткой, не только врача акушера-гинеколога, но и кардиолога.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ

Краснова И.А., Аксенова В.Б., Кудимова М.А., Тимофеева Е.Г.

г. Москва

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации., Москва. Кафедра акушерства и гинекологии имени академика Г.М. Савельевой педиатрического факультета

Актуальность

Сохранение фертильности у пациенток с миомой матки – нерешенная проблема современности. Значительная роль в бесплодии при миоме отдается помимо миоматозной

трансформации миометрия изменению функциональных свойств эндометрия, за счет которых могут нарушаться процессы имплантации и плацентации.

Цель

Для оценки прогноза фертильности охарактеризовать морфофункциональное состояние эндометрия у пациенток с миомой матки репродуктивного возраста.

Материалы и методы

В исследование вошло 30 пациенток с миомой матки репродуктивного возраста, планирующих беременность. Проведена пайпель-биопсия эндометрия с гистологическим исследованием: на 8–11 день менструального цикла и на 6–8 день после подтвержденной овуляции. Иммуногистохимическое (ИГХ) исследование включало: провоспалительные маркеры (CD4+, CD8+, CD20+, CD56+, CD138+) в среднюю фазу пролиферации и экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов (ER-A, PR), количество пиноподий в среднюю фазу секреции.

Результат

Средний возраст пациенток составил 38,17±2.48 лет. При взятии биопсии на 6-8 день после овуляции из 30 пациенток только у 23 (76,67%) ИГХ было информативным. У 13 (43,33%) было совпадение со средней фазой секреции. У 9 (39,13%) выявлена ранняя, у 1 (2,3%) – поздняя фаза секреции. Количество зрелых пиноподий составило 62,69%, у 2 – более 50% регрессирующих. У 7 (30,43%) пациенток выявлено нарушение рецептивности эндометрия. Среднее число ER-A рецепторов в железах эндометрия составило 87,92 баллов, в строме эндометрия – 84,23 баллов. Среднее число PR в железах эндометрия – 141,69 баллов, в строме эндометрия составило 236,85 баллов. В среднюю фазу пролиферации проведено 30 ИГХ исследований. У 14 пациенток (46,64%) выявлено повышение CD138+: признаки умеренного хронического эндометрита (ХЭ) – 2–3 клетки в поле зрения – у 10 пациенток (30%), у 4 (13,33%) – более 5 клеток – признаки выраженного ХЭ. У 13 (43,33%) пациенток выявлены признаки нарушения местного иммунитета: у 1 (3,33%) – преобладание CD8/CD4, 4 (13,3%) – увеличение CD20, у 8 (26,67%) – увеличение CD56. У 6(66,67%) пациенток с ранней стадией секреции выявлены признаки ХЭ. А у 8 (57,14%) пациенток с ХЭ – нарушение рецептивности эндометрия. У 4 пациенток выявлена патология эндометрия : железистый полип эндометрия у 3 (13%), очаговая железистая гиперплазия эндометрия у 1 (2,3%).

Заключение

Согласно полученным данным у пациенток репродуктивного возраста с миомой матки выявлена дисфункция эндометрия: нарушение рецептивности эндометрия и признаки ХЭ. При этом сочетание этих признаков, выявленное в 57,14%, прогностически может значительно снизить репродуктивный потенциал. Применение подобного исследования эн-

дометрия может помочь ранжировать пациенток с миомой матки для определения репродуктивного потенциала и выбора оптимального метода лечения.

ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ, ПЕРЕНЕСШИХ МИОМЭКТОМИЮ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫМ ДОСТУПОМ

Краснова И.А., Есипова И.А., Хашиева Ф.М., Базалий О.А.

г. Москва

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

Актуальность

Оценка состоятельности рубца на матке после миомэктомии является важной проблемой в практике врача акушера-гинеколога. До настоящего времени нет эхографических критериев и алгоритма исследования рубцов методом трехмерной эхографии у пациенток, перенесших лапароскопическую миомэктомию.

Цель

Повышение качества диагностики состоятельности рубца на матке после лапароскопической миомэктомии (ЛСМЭ) на основании разработанных алгоритмов оценки трехмерной эхографии.

Материалы и методы

Обследованы 97 пациенток с миомой матки во возрасте от 28 до 45 лет, средний 38 лет. Лапароскопических миомэктомий выполнено 65, робот-ассистированных- 32. 3D исследование выполнялось на аппарате Toshiba Aplio MX с использованием режимов мультипланарной реконструкции, Vocal, TUI, получением фронтального среза (с применением функций HI, SRI CRI или различные автоматические варианты Render Mode) на 3, 7 сутки, а также через 1, 6, 12 месяцев.

Результат

У 86 пациенток (88,6%) на 3 сутки было отмечено неполноценное фрагментированное смыкание ложа, характеризующееся наличием отека и кистозных полостей (гематом) до 7-8 мм, выявленных во фронтальном срезе. Из них у 75(77,3%) к 7 суткам наблюдалось опорожнение гематом и полное смыкание краев раны, подтвержденных при режиме TUI, позволяющим оценить область рубца в объеме с шагом 10 мм. Через 1 месяц у 83 (85,5%) рубец сформирован плотным соприкосновением контрлатеральных краев раны, ранее выявленные мелкие гематомы отсутствовали, что свидетельствовало о полноценной репарации первичным натяжением. Однако у 3(3%)- кистозные полости свыше 15 мм сохранялись на протяжении всего периода наблюдения. На 3 сутки отмечалось выбухание наружного контура и незначительные втяжения шовного материала у 50(51,5%). На 7 сутки наружный контур матки в режиме “TUI” ровный, без инвангинаций и выбуханий у 28(28,8%). Шовный материал в виде “веретена” или отдельных мышечно-мышечных швов регистрировался на 3-7 сутки у всех пациенток. Через 1 месяц у 85(87,6%) продолжал визуализироваться шовный материал фрагментарно в виде гиперэхогенных участков с акустическим эффектом отражения ультразвукового сигнала. На контрольном УЗИ через 6-12 месяцев у 94 (96,9%) область рубца при 2D-эхографии была изоэхогенной. При 3D-эхографии в режиме «TUI» дополнительных зон не смыкания ни у кого не было выявлено. Шовный материал в виде единичных гиперэхогенных штрихов определялись у 38 пациенток (39,1%).

Заключение

Возможности трехмерной эхографии позволяют производить более полную оценку репаративных процессов миометрия и стадий формирования послеоперационной раны/рубца. Эхографическими признаками полноценного рубца явились изоэхогенный характер при 3D визуализации, отсутствие кистозных полостей в режиме TUI, отсутствие зон втяжения и инвангинации серозного покрова матки у 96,9% пациенток, перенесших лапароскопическую миомэктомию.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Кухарчик Ю.В.[1], Кузьмич И.И.[2]

г. Гродно

1. *Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь;*
2. *Гродненский областной клинический перинатальный центр, Беларусь*

Актуальность

Миома матки – одна из наиболее распространенных доброкачественных опухолей женской половой системы. Среди женщин репродуктивного возраста частота ее встречаемости составляет 40–50%, у одной трети пациенток развитие таких опухолей сопровождается серьезными симптомами. Растущий интерес к изучению вопросов сочетания миомы матки и беременности продиктован как расширением границ репродуктивного возраста, увеличением числа первородящих после 30 лет, так и тенденцией к появлению опухоли в более молодом возрасте. Отсутствие комплексного анализа и четко сформулированных рекомендаций по ведению беременности у женщин с миомой матки, родов и послеродового периода определили цель нашего исследования.

Цель

Провести анализ особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у беременных с миомой матки.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ 270 историй родов женщин, находящихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Обследованные разделены на 2 группы: 1 группа – беременные с миомой матки (n=170), 2 группа – практически здоровые женщины (n=100). Средний возраст женщин первой группы – 28,3±3,9 года, во второй группе 28,6±3,2 года. В исследовании использованы следующие методы: анамнестический – оценка анамнеза жизни и заболевания; общепринятые клинико-лабораторные и инструментальные (УЗИ органов малого таза) методы исследования. Полученные данные обработаны статистически с использованием пакета прикладных программ «Statistika 10.0».

Результат

В 1 группе средний возраст наступления менархе – 14,3±1,7 года, во 2 группе – 13,5±2,8 года. Нарушения менструальной функции установлены в 1 группе в 21,2% случаев, во 2 группе – у 22% пациентов. Анализ паритета беременности и родов показал, что первородящих было 38,2%, повторнородящих 61,8% в 1 группе и 40% и 60% во II группе. У 20% пациенток 1 группы и 26% беременных 2 группы в анамнезе имело место наличие абортов. Самопроизвольные выкидыши (2 и более) установлены у 100% обследованных 1 группы, преждевременные роды в этой группе составили 44,1% случаев, во 2 группе у 24%.

В структуре экстрагенитальной патологии преобладали поражения щитовидной железы (15,3% и 12% в 1 и 2 группах соответственно), заболевания сердечно-сосудистой системы (32,4% и 46% в 1 и 2 группах соответственно). Особенности течения гестации в 1 и 2 группах: плацентарные нарушения – 57,6% и 11%, умеренная преэклампсия – 36,5% и 10%, многоводие – 2,4% и 0%, маловодие – 0% и 12%, соответственно у обследованных женщин 1 и 2 групп. Анализ начала родовой деятельности показал, что в 1 группе преж-

девременный разрыв плодных оболочек установлен у 30% женщин, во 2 группе у 32% пациентов. В 1 группе срочные роды произошли в 75,3% случаях, преждевременные роды – у 24,7% женщин. Роды через естественные родовые пути имели место у 37,1% беременных в 1 группе и у 84% женщин 2 группы. Путем операции кесарева сечения родоразрешено 62,9% обследованных 1 группы и 16% женщин 2 группы. Во время хирургического родоразрешения в 1 группе объем вмешательства расширялся до миомэктомии. Кровопотеря во врем операции составила 790,4±71,2 мл. Среди осложнений родового акта установлена слабость родовой деятельности в 1 группе у 27,1% пациенток, стремительные роды установлены у 10% женщин. В свою очередь во 2 группе процент осложнений был ниже и составил 4% и 6% – слабость родовых сил и стремительные роды соответственно. Размеры узлов варьировали в пределах от 2 см до 15 см в диаметре. Преимущественно эти образования были интрамурально-субсерозными и располагались по передней стенке матки в 40% случаях, по задней стенке матки – 20%, в дне – 22,4%, в области перешейка – 6,5%.

Заключение

На основании полученных данных нами установлены основные факторы осложнённого течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с миомой матки, среди которых наиболее часто встречаются нарушения менструальной функции, наличие эндокринных заболеваний, высокая частота медицинских абортов и невынашивание беременности.

БЕЛКИ-МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА ПРИ ЗРП

Леонова А.А., Борисова А.Г., Гусар В.А., Волочаева М.В., Кан Н.Е., Хачатрян Э.В.

г. Москва

НМИЦ АГиП им. академика В.И. Кулакова

Актуальность

Задержка роста плода – генетически варьируемый способ выживания плода в условиях хронического стресса и длительной гипоксии. Изменение фетального программирования, направленности иммунометаболических процессов является причиной нарушения формирования здоровья, сердечно-сосудистой и нейроэндокринной патологии в постнатальном периоде. На основании изучения эпигенетической регуляции появилась надежда на создание новых методов прогнозирования, диагностики задержки роста плода с учетом полученных данных в области этиологии и патогенеза. Увеличивающаяся информация по фетальному программированию некоторых заболеваний у взрослых, что может явиться важным рычагом в попытке остановить рост патологии.

Цель

Провести анализ современных литературных данных о роли нейрогенеза и фетального программирования при задержке роста плода.

Материалы и методы

Был проведен поиск работ, включающий запросы на базе поисковых систем PubMed, eLibrary, а также Google АКАДЕМИЯ для выявления информации, связанной с задержкой роста плода и нейрогенезом. Поиск проводился с использованием терминов: «задержка роста плода», «neurodevelopmental disorders», «intrauterine growth restriction», «neurogenesis», «fetal programming», «epigenetic regulation». Поиск был ограничен статьями, опубликованными с 2019 года по 2022 год, включающий в себя статьи на русском, английском и китайском языках. Последний поиск был выполнен в июне 2022 года. В ходе него были найдены 40 статей, каждая из которых была прочитана каждым из авторов. Были подготовлены сводные таблицы, включающие следующую информацию: определение, этиологию, механизмы развития задержки роста плода, механизмы развития неврологических нарушений у плодов с задержкой роста, исходы детей, рожденных с задержкой роста, в течение первого года жизни, белки-маркеры повреждения головного мозга плода.

Результат

Были описаны несколько потенциальных маркеров повреждения мозгового вещества: S100beta, NSE, GFAP, UCHL1, NF-H, NF-M, NF-L, Tau protein, BT-CC, SBDP150, SBDP145, MAP2, BDNF, Abeta42, Synaptogyrin-3, PrPc, TPD-43, Sinaptopodin. Все маркеры делятся на специфичные к повреждению головного мозга и неспецифичные. К нейроспецифичным маркерам относятся: GFAP, S100B, MBP, S100A8, BDNF, Tau-protein, Sinaptopodin, NGAL, NPTRX-2. Все остальные белки относятся к группе неспецифичных и могут вырабатываться при повреждении эритроцитов, клеток костной ткани, эндокринной системы и др. По времени максимальной концентрации в крови белки-маркеры были разделены на: острофазные белки и белки хронического повреждения. Острофазные белки: BT-CC, All-spectrin proteins (SBDP145, SBDP150, STNF), UCHL1, NF-H, NF-M, MAP2, NSE). Остальные белки будут относится к тем, определение концентрации которых в плазме будет иметь прогностическую ценность при хроническом повреждении.

Заключение

Выявление клеточных и молекулярных механизмов, лежащих в основе генетического/эпигенетического программирования плацентарной дисфункции, а также определение белков-маркеров повреждения мозгового вещества плода, необходимы для ранней диагностики гипоксически-ишемической энцефалопатии при задержке роста плода, являющейся серьезной проблемой, необходимой для дальнейшего изучения.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ ПРИ ОКСИДАТИВНОМ СТРЕССЕ

Линева О.И., Казакова А.В., Дуфинец И.Е., Шатунова Е.П.

г. Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава РФ

Актуальность

Изучение влияния оскидативного стресса (ОС) на регуляцию репродуктивной функции женщин подтвердило ведущую роль данного патологического процесса в развитии подавляющего большинства осложнений гестации, таких, как неудачные попытки ЭКО, преэклампсия, привычное невынашивание беременности, септические осложнения, тромбофилии и т.д., что подтверждает актуальность данного исследования.

Цель

Разработка персонализированного подхода к профилактике осложнений гестации в зависимости от выявленных факторов риска развития ОС экзогенного и эндогенного генеза.

Материалы и методы

Проведен анализ результативности персонализированной системы профилактики осложнений гестации у 60 работниц нефтехимического предприятия пациенток, проживающих в экологически неблагоприятном районе. Кроме того, отдельно обследовано 85 пациенток группы риска развития преэклампсии на фоне генетически детерминированной гипергомоцистеинемии и 43 женщины с комбинированной формой тромбофилии, обусловленной антифосфолипидным синдромом и гипергомоцистеинемией. Были изучены показатели свободно-радикального окисления и антиоксидантной защиты, биохимические показатели «печеночной панели», а также системы гемостаза.

Результат

Все обследованные женщины были в возрасте от 25 до 35 лет. У всех 188 женщин выявлен отягощенный акушерский анамнез (привычное невынашивание – 8,5%, неразвивающаяся беременность – 11,1%, самопроизвольный аборт в 1 триместре – 17,8%, неудачи ЭКО – 24,2%, преэклампсия – 61,5%, венозные тромбоэмболические осложнения – 32%) или экстрагенитальные заболевания – 73,4% и т.д. Таким образом, все обследованные женщины, планирующие беременность, входили в группу высокого риска развития осложнений беременности. ОС подтвержден высокими показателями свободно радикального окисления (малоновый диальдегид, гомоцистеин, печеночные ферменты, диеновые конъюгаты) и низким уровнем показателей антиоксидантной зашиты (глютатион, супероксиддисмутаза). Исходя из вышеизложенного, в каждой группе выделены 2 подгруп-

пы – основная и группа сравнения. Для пациенток с ОС под воздействием экотоксикантов, разработана индивидуальная программа прегравидарной подготовки, включающая витаминно – минеральные комплексы, антиоксиданты, энтеросорбенты, гепатопротекторы. При гипергомоцистеинемии – дополнительно назначались витамины группы В, метафолин и полиненасыщенные жирные кислоты, а при выявлении гиперкоагуляции-низкомолекулярные гепарины в профилактической дозировке. Лечение продолжалось во время беременности и в периоде лактации. Женщины групп сравнения получали стандартную терапию. Проведенные мероприятия способствовали снижению всех осложнений беременности в 1,5–2 раза в группах, получавших персонализированную терапию, нормализации показателей ОС с благоприятным исходом для матери и плода.

Заключение

Исследование позволило выявить эффективность внедренного персонализированного подхода к профилактике осложнений гестации при оксидативном стрессе.

НЕИНВАЗИВНАЯ КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДНК ЭМБРИОНОВ В ОТРАБОТАННОЙ КУЛЬТУРАЛЬНОЙ СРЕДЕ

Лисицына О.И., Сыркашева А.Г., Макарова Н.П., Красный А.М., Долгушина Н.В.

г. Москва

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

Актуальность

Одним из ключевых факторов, влияющих на эффективность программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), является качество эмбриона, оцениваемое на основании морфологичнских критериев и результатов преимплантационного генетического тестирования (ПГТ). Актуальным современным направлением является разработка методов неинвазивного тестирования эмбриона на основе анализа внеклеточной ДНК в отработанной культуральной среде. Сочетание неинвазивных тестов со стандартными методами оценки позволит с наибольшей эффективность производить выбор наиболее перспективного эмбриона для переноса в полость матки.

Цель

Изучить возможность использования количественной оценки уровня мтДНК в отработанной культуральной среде (ОКС) как маркёра качества эмбрионов.

Материалы и методы

В исследование включены 124 образца ОКС от 34 супружеских пар с бесплодием, обратившихся для проведения цикла ВРТ. Все пациенты имели нормальный кариотип, критерием исключения со стороны мужчины было наличие выраженной патозооспермии (100% тератозооспермия, абсолютная астенозооспермия), все виды азооспермии, а также получение сперматозоидов хирургическим путем.

Овариальная стимуляция, трансвагинальная пункция яичников проводились по стандартной методике. Оплодотворение ооцитов во всех случаях осуществляли методом ИКСИ. Культивирование эмбрионов осуществляли в индивидуальных каплях. На 5-е или 6-е сутки после оплодотворения проводилась морфологическая оценка бластоцист согласно классификации D. Gardner. Все образцы культуральной среды подвергались криоконсервации после сбора.

Определение абсолютного числа копий мтДНК осуществляли с помощью метода полимеразной цепной реакции в реальном времени.

Результат

В исследование были включены 34 пациентки. Клинические характеристики пациенток были следующие (медиана (интерквартильный размах)): возраст – 37 (34–40), индекс массы тела – 22 (20–24), уровень антимюллерова гормона, нг/мл – 1,7 (0,7–2,3), суммарная доза гонадотропинов – 1490 (1100-1650), число ооцитов – 6,8 (4-10).

При проведении корреляционного анализа не было найдено статистически значимой связи между уровнем мтДНК в ОКС и возрастом пациентки (r= -0,101, p=0,263), индексом массы тела (r= 0,031, p=0,729), уровнем антимюллерового гормона (r= -0,110, p=0,225), суммарной дозой вводимых гонадотропинов (r= -0,101, p=0,263), числом полученных ооцитов (r= -0,098, p=0,277).

В зависимости от степени развития эмбриона к 5–6 суткам культивирования, все образцы (n=124) разделили на 2 группы: 1 группу составили эмбрионы, достигшие стадии бластоцисты (n=64), 2 группу – не достигшие (n=59). Уровень копийности в данных группах составил (медиана; интерквартильный размах): 1 группа – 150,2; 36,2–319,2, 2 группа – 169,9; 67,0–371,8. Статистических различий между группами не выявлено (p=0,462, тест Манна-Уитни).

Проведена оценка числа копий мтДНК в зависимости от морфологической оценки бластоцист. При оценке связи между качеством внутренней клеточной массы (ВКМ) и числом копий мтДНК статистических различий не выявлено. При оценке связи между качеством трофэктодермы (ТЭ) и числом копий мтДНК, максимальное число копий мтДНК наблюдали в бластоцистах с ТЭ класса B, а минимальное – в бластоцистах с ТЭ класса C.

Заключение

Оценка уровня мтДНК в отработанной культуральной среде может быть дополнительным неинвазивным маркером для отбора эмбриона, наиболее перспективного для переноса в полость матки. Необходимо проведение дополнительных исследований.

ИСХОДЫ РОДОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Лобачевская О.С.[1], Никитина Е.В.[1], Васильева Л.Н.[1], Дорошевич В.В.[2]

г. Минск

1. *Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь;*
2. *УЗ «6-ая городская клиническая больница» г. Минск*

Актуальность

В современном мире увеличение частоты абдоминального родоразрешения создает новую проблему – ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке.

Сегодня медицинская практика успешно опровергает ранее столь распространенное правило «одно кесарево сечение – всегда кесарево сечение», современные достижения акушерства и гинекологии позволяют женщинам с рубцом на матке успешно рожать, в отсутствие абсолютных медицинских противопоказаний к физиологическим родам.

Цель

Изучить результаты родоразрешения через естественные родовые пути женщин,имевших хирургическую травму матки в анамнезе. Пациентки с рубцом на матке родоразрешались в акушерско-физиологическом отделении 6 ГКБ г.Минска за период с января 2015 года по январь 2021 года.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ родов и послеродового периода у 88 пациенток за период 2015–2021 гг., имевших хирургическую травму матки в анамнезе и родоразрешенных самостоятельно в стационаре 6 ГКБ. Это составило 3,1% соответственно к общему числу родильниц с рубцом на матке за указанный период. (2829 операций КС с рубцом на матке). Проведен анализ акушерского анамнеза, показаний к предыдущему кесареву сечению, течения послеоперационного периода. Оценка состояния рубца проводилась при помощи УЗИ. Оценка зрелости шейки матки к родам – по шкале Бишопа.

Критериями исключения явились: аномалии костного таза, тяжелая соматическая патология, преэклампсия тяжелой степени, многоплодная беременность, предполагаемая макросомия плода, прогрессирующая плацентарная недостаточность, неправильные по-

ложения и предлежание плода, атипичное расположение рубца на матке, наличие двух и более рубцов, категорический отказ пациентки от естественных родов. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 10.0.

Результат

В результате исследования, нами выявлено, что 19,9% пациенток поступили в стационар в активной фазе родов, у остальных 80,1% беременных схватки начались в стационаре. Роды велись с постоянным мониторингом кардиотокограммы (проводился контроль за состоянием плода) и контролем состояния рубца, проведением ручного обследования полости матки в раннем послеродовом периоде. Наиболее распространенными показаниями для кесарева сечения в первых родах были: тазовое предлежание плода (27,3%), гипоксия (26,4%), аномалии родовой деятельности (11,2%) крупный плод (9,9%). Временной промежуток после предыдущего КС составил в среднем 3,2 года. Сроки беременности колебались от 264 до 285 дней и составили в среднем 274 дней.Толщина рубца по данным УЗ исследования составила накануне родоразрешения 2,5–2,9 мм.

Исходы родов у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения были благоприятные. Все дети родились доношенными и живыми с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов.

Заключение

Для снижения процента оперативного родоразрешения у женщин с рубцом на матке,необходимо увеличение ведение родов через естественные родовые пути.Основным критерием выбора способа родоразрешения является индивидуальный подход к каждому пациенту. Обязательным условием является готовность женщины рожать через естественные родовые пути. Для улучшения диагностики состояния нижнего сегмента перед родоразрешением необходимо проведение УЗ исследования с допплерометрией.

ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В УПРАВЛЕНИИ РЕПРОДУКТИВНЫМ ВЫБОРОМ

Малышкина А.И., Кулигина М.В., Песикин О.Н.

г. Иваново

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Уровень рождаемости является результатом взаимодействия имеющихся у населения репродуктивного возраста установок детности и факторов-ограничителей деторождения. Врач женской консультации играет ведущую роль в сохранении и реализации ре-

продуктивного потенциала, поскольку оказывает значительное влияние на репродуктивный выбор.

Цель

Оценить качество работы женской консультации по формированию репродуктивного выбора.

Материалы и методы

Анализ частоты применения средств контрацепции и отказов от прерывания нежелательной беременности по данным официальных публикаци и статистической информации (ФСН №32, №13).

Результат

При принятии пациенткой решения об отказе от деторождения важна роль акушера-гинеколога первичного звена здравоохранения в формировании оптимального контрацептивного поведения. Несмотря на выявляемую по данным социологических опросов высокую частоту использования средств профилактики нежелательной беременности, по-прежнему, в их структуре преобладают методы, находящиеся в зоне ответственности мужчин: презерватив и прерванное половое сношение. Организация работы по охвату современными средствами контрацепции их статистическому учету требует совершенствования. По официальным статистическим данным частота применения внутриматочной контрацепции в 2021 году в целом по России составила – 8,1 на 100 женщин репродуктивного возраста (минимально значение (0,3) имело место в г. Москва и максимальное (25,4) – в ХМАО). Гормональный метод контрацепции применяется зачастую самостоятельно и бесконтрольно, частота его применения составляет в целом по России 11,9 на 100 женщин репродуктивного возраста (минимальное значение (1,3) – в г.Москва, максимальное (32,0) – в Липецкой области. Учет применения традиционных методов контрацепции, контрацептивных неудач не проводится.

В случае нежелательной беременности значимость роли акушера-гинеколога женской консультации трудно переоценить: его задачей является оптимизации их репродуктивного выбора. Организация работу по доабортному консультированию, кабинетов/центров медико-социально-психологической поддержки женщин в амбулаторной акушерско-гинекологической службе позволила сохранить в целом по стране в 2021 году более 20% нежелательных беременностей. Важной частью работы акушера-гинеколога является прегравидарная подготовка женщин, особенно с репродуктивными потерями и бесплодием в анамнезе. Для повышения эффективности работы женской консультации по формированию репродуктивного поведения целесообразно формирование реестра женщин с высоким риском потерь беременности с целью планирования и реализации мер медико-социально-психологической поддержки.

Заключение

Организация работы женской консультации по оптимизации репродуктивного выбора у женского населения генеративного возраста требует совершенствования. Возможным инструментом повышения эффективности профилактики пренатальных потерь является внедрение системы мониторингового наблюдения за когортой женщин с высоким риском нерационального репродуктивным поведения.

ПРЕДИКЦИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ОСНОВАНИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДНК И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БЕЛКА VDAC1

Меджидова М.К., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Высоких М.Ю., Донников А.Е.

г. Москва

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

Актуальность

В ряде публикаций роли асептического воспаления в генезе преждевременных родлв (ПР) особое значение придается так называемым факторам, ассоциированным с повреждением клеточных структур (DAMPs), обладающих провоспалительным действием и выполняющих роль триггера ПР. Механизм этого явления недостаточно изучен, в связи с чем исследование корреляционных зависимостей между уровнями DAMPs митохондриального происхождения (мтДНК, мембранные белки) с вероятностью реализации ПР представляет особый интерес. К mtDAMPs также относятся: TFAM (митохондриальный фактор транскрипции), OPA1 (мультифункциональный митохондриальный белок), ответственный за слияние митохондрий, и VDAC1 (митохондриальный мембранный канал), который играет ключевую роль в опосредованном митохондриями апоптозе, а его дисрегуляция приводит к различным патологическим состояниям.

Цель

Изучить прогностическую роль определения содержания митохондриальной ДНК (мтДНК) в крови и структурно-функционального белка VDAC1 в плаценте при преждевременных родах.

Материалы и методы

Обследованы 142 пациентки. Группу 1 составили 43 беременные со спонтанными ПР; группу 2 – 47 случаев ПР с ПРПО; группу 3 – 52 пациентки с угрожающими ПР, которые были родоразрешены в доношенном сроке. В работе применялись следующие методы: определение уровня копийности мтДНК в плазме крови (метод ПЦР в режиме реального времени с обратной транскрипцией); определение содержания структурно-функционального белка VDAC1 в плацентах (метод вестерн-блот).

Результат

Определение белка VDAC1 в плаценте показало статистически значимо высокое его содержание при ПР с ПРПО на сроках 22–27,6 и 28–33,6 недели по сравнению со своевременными родами и при спонтанных ПР – при сроке 22–27,6 недели. В плазме периферической крови при физиологически протекающей беременности наблюдалось увеличение мтДНК пропорционально сроку гестации, достигая максимума к 37–40 неделям. При ПР с ПРПО уровень мтДНК на сроках 22–27,6 и 28–33,6 недели был статистически значимо выше, чем при физиологически протекающей беременности, но ниже уровня при своевременных родах. При спонтанных ПР уровень мтДНК на сроке 22–27,6 и 34–36,6 недели был статистически значимо выше по сравнению с физиологической беременностью и своевременными родами. Определение уровня копийности мтДНК при использовании ROC-анализа с высокой чувствительностью (77%) и специфичностью (93%) позволяет прогнозировать риск ПР.

Заключение

Выявленные статистически значимые различия в содержании белка VDAC1 в плаценте и уровне копийности мтДНК в плазме периферической крови при спонтанных ПР и при ПР с разрывом плодных оболочек, в отличие от физиологически протекающей беременности, указывают на их вовлеченность в развитие данных осложнений беременности. Определение данных маркеров может способствовать своевременной диагностике и началу терапии, направленной на пролонгирование беременности.

КОМБИНИРОВАННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦИТОКИНОВ И ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ДНК ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

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

г. Москва

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

Актуальность

Показано, что интерлейкин (IL)-8, активируя миграцию нейтрофилов и высвобождение протеиназ может играть ключевую роль в развитии ПР, а ПР не ассоциированные с инфекцией, коррелируют с повышением уровня в плазме крови IL-8, а также IL-1, IL-6. Появились данные о том, что общая внеклеточная ДНК (овДНК) может индуцировать воспалительный ответ, который ассоциирован с ПР, а плодовая внеклеточная ДНК (пвДНК) вызывает воспалительную реакцию, которая приводит к развитию спонтанной родовой деятельности. При этом наблюдалась активация Толл-подобных рецепторов-9 (TLR-9) и повышение уровня IL-6. Также установлено, что основной мишенью для внеклеточной ДНК являются TLR-9, которые способны взаимодействовать с бактериальной ДНК, с последующей секрецией IL-8 и, в меньшей степени, IL-6 и TNFα. Уровень указанных цитокинов повышается у женщин с высоким риском ПР, однако способность внеклеточной ДНК не фетального происхождения вызывать ПР изучена недостаточно.

Цель

Определение прогностической значимости комбинированного определения уровней общей и плодовой внеклеточной ДНК и цитокинов при преждевременных родах.

Материалы и методы

Исследование проведено у 80 женщин. Основную группу составили 47 пациенток со спонтанными ПР, разделенные по срокам: 22–27 недель 6 дней (10), 28–33 недели 6 дней (13) и 34–36 недель 6 дней гестации (24). Группу контроля – 33 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, IFNγ и TNFα 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 60% (p=0,003) 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 37,5% 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 точ-

ным было одновременное определение IL-6 и общей внеклеточной ДНК – AUC: 0,925 (95% CI, 0,83–1); при сроке 28–33 недели 6 дней одновременное определение IL-8 и плодовой внеклеточной ДНК – AUC: 0,92 (95% CI, 0,85–1); при сроке 34–36 недель 6 дней одновременное использование IL-8, общей и плодовой внеклеточной ДНК – AUC=0,92 (95% CI, 0,85–1).

Заключение

Комбинированное определение внеклеточной ДНК и цитокинов является перспективным подходом для прогнозирования преждевременных родов.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ В ТЕЧЕНИЕ МЕНОПАУЗЫ РАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Милош Т.С., Гладкий М.Л.

г. Гродно

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность

По данным статистического анализа в Беларуси стандартизованные коэффициенты смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) высокие – 708 у женщин. Известно, что прекращение менструаций до 40 лет приводит к ранней менопаузе (МП) наряду с хирургическим удалением яичников до 45 лет ассоциировано с преждевременным старением, что проявляется более высокими рисками развития ССЗ, нейродегенеративных расстройств.

Цель

Определить особенности генотипов в течение менопаузы разной этиологии.

Материалы и методы

Обследованы 90 женщин перименопаузального возраста, разделенных на три группы:

I группа (30 женщин) с удалением яичников – возраст 44–57 лет, в анамнезе тотальная аднексэктомия (ТА) с гистерэктомией либо изолированное УЯ, длительность МП – давность операции от 1 года до 5 лет; наличие климактерических симптомов (КС).

II группа обследования (30 женщин) – естественная МП: возраст 44–57 лет, аменорея 1 год и более, наличие КС, длительность МП – от 1 года до 5 лет, наличие КС.

Контрольная группа – 30 женщин: возраст 43-55 лет, наличие менструаций, их средний возраст – 46 (44; 50) лет.

Критерии исключения из исследования: АГ 3-й степени по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999 (уровень сАД⩾180 мм рт. ст. и/или дАД ⩾110 мм рт.ст.), симптоматическая АГ, ИБС, атеросклероз сосудов головного мозга, периферических артерий, сердечная недостаточность; бронхиальная астма и тяжелые заболевания легких, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью; печеночная и почечная недостаточность; сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, протекающие с нарушениями ее функции; мигрень, эпилепсия, нарушения мозгового кровообращения в анамнезе.

Выполнен молекулярно-генетический анализ распределения частот аллелей и генотипов генов стероидного рецептора эстрогена-альфа (ESR1 (rs 2228480), эндотелина-1 (EDN1 (rs 5370), NO-синтетазы 3 типа (eNOS (rs 2070744) – эндотелиальной на автоматической ДНК-станции для выделения нуклеиновых кислот Technologu Quatly Innovation «analyticjena» (Германия).

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы «Statistica 10» и RStudio.

Результат

Носительство заявленных полиморфных вариантов статистически значимо не различалось в группах обследуемых, и соответствовало распределению в популяции. У пациенток с хирургической МП частота неблагоприятных генотипов CC/TC гена NOS3; AA/ GA гена ESR1 и AsnAsn/LysAsn гена EDN1 встречается у 58,33%, 60,87% и 33,33%, у женщин с естественной МП соответственно – 42,86%, 31,74% и 86,16%.

Заключение

Полученные нами результаты свидетельствуют о наличии неблагоприятных генотипов в большем проценте случаев у прооперированных пациенток с проявлениями КС, в сравнении с женщинами с естественной МП, и может быть ассоциировано с развитием ССЗ в данной когорте.

Присутствие неблагоприятных генотипов у пациенток с проявлениями КС разного генеза может увеличивать риск развития ССЗ, подтверждая их прогностическое значение.

ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВЕНЕЙ КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА ПЕПТИДА-ПРЕДШЕСТВЕННИКА BNP И ЭНДОТЕЛИНА -1В УСЛОВИЯХ КОРРЕГИРОВАНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Милош Т.С., Шулика В.Р.

г. Гродно

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность

Естественная (ЕМ) и особенно хирургическая (ХМ) менопауза сопряжены с увеличением сердечно-сосудистых катастроф.

Цель

Определить уровень ЭТ-1 и концевого фрагмента пептида-предшественника BNP и эндотелина -1 в условиях коррегирования менопаузальных расстройств льняным маслом.

Материалы и методы

Обследованы 30 пациентов с естественной менопаузой и 30 прооперированных женщин (основные группы) с сохраненным менструальным циклом, перенесших тотальную овариэктомию (ТО) изолированно либо в сочетании с гистерэктомией по поводу лейомиомы матки, эндометриоза, опухолевидных образований яичников, либо их перекрута через 6 месяцев ежедневной оптимизирующей терапии с приемом омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) –льняное масло (ЛМ) по 1 десертной ложке 2 раза в день внутрь (per os).

Контрольную группу составили 30 неоперированных женщин в возрасте 43–55 лет, наличие менструаций.

Критерии включения: возраст 44–55 лет, естественная МП, хирургическое наступление менопаузы с длительностью эстрогенного дефицита более 6 месяцев, наличие регулярного менструального цикла в анамнезе и информированного согласия пациенток.

Критерии исключения из исследования: АГ 3-й степени по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы «Statistica 10» и RStudio. Во всех исследованиях пороговый уровень статистической значимости принимали равным 0,05.

Оценена ранняя кардиальная дисфункция по концентрации концевого фрагмента пептида-предшественника BNP (NT-proBNP) и дисфункции эндотелия кровеносных сосудов по уровню эндотелина (ЭТ-1) в плазме крови методом иммуноферментного анализа на иммуноферментном анализаторе SUNRISE TECAN, Австрия.

Результат

В результате проведенных исследований средний возраст женщин на момент обследования составил 51 (49; 53) год, возраст проведения оперативного вмешательства – 49,1±3,1 года, длительность менопаузы – давность операции от 1 года до 5 лет; во II группе 50 (48; 52) лет, возраст наступления менопаузы – 49,2±3,3 лет, наличие климактерических

симптомов (КС). Возраст наступления менопаузы в 1-й группе 50 (48; 53), в 3-ей группе 48 (45;51). Показаниями к оперативному вмешательству явились миома матки, доброкачественные опухоли придатков матки, аденомиоз, воспалительные тубовариальные образования.

Выявлено, что после приема ЛМ уровень proBNP в плазме крови женщин с ЕМ снизился на 33,0% (n=42, p < 0,05) в сравнении с его уровнем до применения ЛМ – 39.4 (8.29; 121.23) pg/ml, n=32, в результате чего данный показатель не отличался от значения в контроле – 9.25 (4.55; 71.83) pg/ml (n=30, p > 0,05). У пациенток с ХМ после получения ЛМ, наблюдалась тенденция к снижению концентрации концевого фрагмента пептида-предшественника BNP 20.123 (8.29; 62.5) (n=42, p > 0,05) в сравнении со значением до получения ЛМ – 31.96 (4.67; 189.48) pg/ml, n=32, но данный показатель остался выше значения в контроле – 9.25 (4.55; 71.83) pg/ml (n=30, p < 0,05).

После применения ЛМ показатель ЭТ-1 у женщин с ХМ снизился на 12,7%(n=42, p< 0,05) в сравнении с его уровнем до применения ЛМ –6.71 (4.08; 11.46) pg/ml n=32, однако оставался выше с сравнении с контрольным значением 3.72 (3.15; 4.21) pg/ml (n=30, p<0,05). Среди пациенток с ЕМ, получавших ЛМ, данный маркер имел тенденцию к снижению 4.21 (3.58; 6.01) pg/ml (n=42, p > 0,05) в сравнении с его уровнем до получения ЛМ и не отличалось от значения показателя в контрольной группе – 3.72 (3.15; 4.21) pg/ml (n=30, p > 0,05).

Заключение

Итак, установлены изменения эндотелиальной и кардиальной и дисфункции женщин с различными типами менопаузы: рост показателя эндотелина -1 у прооперированных женщин и уровня proBNP у пациенток с естественной менопаузой. Прием льняного масла оказал корригирующее действие на снижение концентрации proBNP – на 33,0% у женщин с естественной менопаузой и на 12,7% уровня ЭТ-1 у прооперированных женщин.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВУХЭТАПНОЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛИНДАМИЦИНА И МОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ

Минакова А.Д., Джибладзе Т.А., Хохлова И.Д., Зуев В.М.

г. Москва

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

Актуальность

Бактериальный вагиноз – это нарушение микробиоты влагалища, которое характеризуется дефицитом лактобацилл и повышенным количеством факультативных и облигатных анаэробов, образующих биопленку на эпителиальных клетках влагалища.

Поддержание оптимального уровня pH вагинальной среды происходит благодаря молочной кислоте, имеющей в основном бактериальное происхождение, которая создает неблагоприятные условия для роста микроорганизмов, ассоциированных с бактериальным вагинозом, инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), а также обладает противовирусной активностью.

Существующая стандартная антибактериальная терапия зачастую не обеспечивает долгосрочные результаты, а ее побочные эффекты являются одной из основных причин снижения приверженности к лечению. В связи с этим актуальным остается поиск и изучение альтернативных схем лечения, в том числе и с использованием молочной кислоты.

Цель

Оценить эффективность двухэтапной терапии бактериального вагиноза, включающей применение клиндамицина и молочной кислоты.

Материалы и методы

В исследование были включены 18 женщин в возрасте от 20 до 43 лет с жалобами на выделения из половых путей с неприятным запахом и диагностированным с использованием критериев Амселя бактериальным вагинозом, которые впоследствии были распределены методом простой рандомизации на 2 группы по 9 человек. Пациентки 1-й группы (контрольной) применяли молочную кислоту 100 мг в течение 10 дней интравагинально, 2-й группы (основной) – клиндамицин 100 мг в течение 3 дней интравагинально затем молочную кислоту 100 мг в течение 10 дней интравагинально. Средний возраст женщин в контрольной группе составил 31,9±5,33 года, в основной группе – 30,8±4,99 лет. Спустя 14 дней после окончания лечения проводилась клинико-лабораторная оценка эффективности терапии, включающая сбор жалоб, гинекологический осмотр, pH-метрию влагалищной жидкости с использованием индикаторных полосок «Кольпо-тест pH» (Биосенсор АН, Россия) и микроскопическое исследование мазка, окрашенного по Граму для обнаружения «ключевых клеток».

Результат

До начала лечения у всех пациенток в обеих группах при осмотре отмечались гомогенные выделения с неприятным запахом, гиперемия и отек слизистой влагалища отсутствовали. После лечения у всех пациенток в обеих группах при осмотре определялись слизистые выделения без характерного запаха. Среднее значение pH вагинального отделяемого до начала лечения в 1-й группе составило 5,0±0,165, а после лечения – 4,7±0,295

соответственно. Во 2-й группе среднее значение pH вагинального отделяемого до начала лечения составило 5,4±0,169, а после лечения – 4,8±0,22 соответственно. В группе пациенток, получавших молочную кислоту, «ключевые клетки» отсутствовали до и после лечения. В группе женщин, применявших клиндамицин и молочную кислоту, «ключевые клетки» определялись у 4 (44,4%) пациенток до начала лечения и отсутствовали у всех женщин после лечения.

Заключение

Таким образом, была обнаружена высокая краткосрочная клиническая эффективность и приверженность пациенток к лечению в обеих группах, что позволяет применять молочную кислоту как в монотерапии, так и в составе двухэтапной терапии. Установлено, что значения pH после терапии значимо не различались между группами, однако, определялся более выраженный эффект двухэтапной терапии, которая имела большее отклонение показателя pH, что, возможно, делает данную терапию более перспективной в отношении долгосрочных эффектов.

ИЗМЕНЕНИЕ СОСТАВА МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Мирзабекова Д.Д., Красный А.М., Караваева А.Л., Тютюнник Н.В., Михайлова О.И., Сергунина О.А., Поляков Н.А., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.

г. Москва

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

Актуальность

При преэклампсии (ПЭ) происходит дезадаптация иммунной системы, которая может привести к развитию различных патологических состояний матери и плода. Последствия воспаления при ПЭ проявляются в изменении поляризации мононуклеарных клеток по про- или противовоспалительному пути. При изучении иммунного статуса при ПЭ у беременных интерес представляют молекулы CD28, CD152, CD80 и CD86. Предполагается, что активацию Т-лимфоцитов могут усиливать костимулирующие молекулы CD28 и CD152, гомологичные между собой, конкурентно связываясь с лигандами CD80 и CD86, при этом CD28 опосредует провоспалительный, а CD152 – противовоспалительный фенотип. Изучение вышеперечисленных иммунных факторов может установить новые патогенетические механизмы и стать основанием для определения новых маркеров ранней диагностики ПЭ.

Цель

Изучить изменения состава мононуклеарных клеток в периферической крови беременных при преэклампсии.

Материалы и методы

Исследование включало 38 беременных женщин. В основную группу входило 20 беременных с ПЭ умеренной и тяжелой степени, группа сравнения состояла из 18 женщин с физиологически протекающей беременностью. Критериями исключения для обеих групп послужили: многоплодная беременность, аутоиммунные и онкологические, острые воспалительные заболевания, тяжелая экстрагенитальная патология.

Забор материала в обеих группах производился на равнозначных сроках. С помощью проточной цитофлуориметрии с использованием «BD FACSCalibur» (USA) была определена экспрессия моноцитами и лимфоцитами CD80, CD86, CD28 и CD152. Забор венозной крови женщины производился в пробирку с натрий-гепарином, пробирка с кровью доставлялась в лабораторию в течение 30 минут. Производилась обработка конъюгированными с флуоресцентными метками антителами согласно протоколу производителя. Экспрессия иммунными клетками исследуемых факторов была оценена по уровню флуоресценции антител к изучаемым антигенам и была представлена значением медианы. Результаты исследования обрабатывали с использованием стандартного пакета программ SPSS Statistics 17.0. Статистически значимыми различия между выборками считалась при значении $p<0,05$.

Результат

Было установлено, что экспрессия CD28 лимфоцитами, а также CD152 и CD86 моноцитами при ПЭ повышена, при этом моноцитами практически не экспрессировался CD28, а лимфоцитами – CD152 и CD86. Относительное содержание лимфоцитов, экспрессирующих CD28 в группах не различалось и составило 74,5% и 69,2% соответственно ($p=0,14$). Уровень экспрессии CD28 лимфоцитами при ПЭ статистически значимо отличался от группы сравнения и составил 535 отн. ед., ($p=0,013$). Относительное содержание моноцитов, экспрессирующих CD152 также не различалось, при этом уровень экспрессии в основной группе составил 321 отн. ед., в группе сравнения – 245 отн. ед. ($p=0,002$). Статистически значимых различий в относительном содержании моноцитов CD80+ и уровне экспрессии CD80 моноцитами не выявлено. В обеих группах относительное содержание моноцитов CD86+ составило 100%, однако в основной группе уровень экспрессии CD86 моноцитами был статистически значимо выше и составил 724 отн. ед., в группе сравнения – 415 отн. ед. ($p=0,005$).

Заключение

Изучение фенотипических особенностей иммунных клеток, потенциально участвующих в развитии ПЭ, имеет не только научное значение, способствующее понимаю патогенеза

данного осложнения, но и практическое значение. Так установленная повышенная экспрессия CD28 лимфоцитами, CD86 и CD152 моноцитами имеет диагностический потенциал, и данные факторы можно рассматривать в качестве новых маркеров преэклампсии.

ГЕРОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛОВЫМИ СТЕРОИДАМИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НЕЯТРОГЕННОГО ГИПЕРГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА

Михеев Р.К.[1], Мельниченко Г.А.[1], Андреева Е.Н.[1,2], Григорян О.Р.[1], Шереметьева Е.В.[1], Абсатарова Ю.С.[1], Орлова Я.А.[3]

г. Москва

1. *Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация;*
2. *Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация;*
3. *Медицинский научно-образовательный центр Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация*

Актуальность

В основе развития возраст-ассоциированных заболеванийлежит эстрогенный дефицит, характерный для пациенток с неятрогенным гипергонадотропным гипогонадизмом физиологического (менопаузального) и патологического (преждевременная недостаточность яичников) происхождения. Данные о вариабельности длины теломер на фоне приёме/отсутствия заместительной терапии половыми стероидами (в частности, менопаузальной гормональной терапии (МГТ) нуждаются в дополнительном изучении.

Цель

Изучить влияние МГТ в долгосрочном режиме (⩾ 5 лет) на маркеры репликативного клеточного старения (длина теломер) и биохимические показатели у женщин с различными формами неятрогенного гипергонадотропного гипогонадизма.

Материалы и методы

Место и время проведения исследования. Исследование проведено на базе ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России совместно с МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова в период с 10.01.2021 г. по 01.08.2022 г.

Изучаемые популяции. В одномоментном сравнительном исследовании приняли участие 50 женщин (20–75 лет). Группа 1: 14 женщин, принимавших МГТ ⩾ 5 лет в дозе эстрогенового компонента 0,25; 0.5; 1; 2 мг. Группа 2: 11 пациенток с преждевременной недостаточностью яичников, получавших МГТ. Группа 3: 14 участниц с физиологической менопаузой, без МГТ. Группа 4: 11 здоровых женщин репродуктивного возраста без МГТ.

Описание вмешательства. Пациенткам проведен лабораторный генетический (длина теломер лейкоцитов), биохимический анализ. Экстракция ДНК проведена набором Qiagen DNA blood mini kit (Германия). Оценка о длины теломер лейкоцитов – методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени (алгоритм Flow-fish).

Результат

1. Женщины, принимающие МГТ, имеют более низкий уровень креатинина, АлАТ, глюкозы; более высокий уровень ЛПВП; сопоставимую длину теломер по сравнению с женщинами, не принимающими МГТ.
2. Длина теломер имеет прямую отрицательную связь с паспортным возрастом (r=-0,3647, p=0,022) и возрастом наступления менопаузы (r=-0,3194, p=0,047).
3. Женщины с ПНЯ на МГТ (10,56±3,84 kb) не отличаются от женщин без ПНЯ и МГТ (10,00±0,51) по длине теломер (p<0,655).

Заключение

Длина теломер уменьшается с возрастом. МГТ у женщин не доказала защитную роль в сохранении длины теломер.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛЯ ЭКСПРЕССИИ МИКРОРНК В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Морозова Е.А., Никитина Н.А., Агеев М.Б.

г. Москва

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), институт клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, кафедра акушерства и гинекологии №1, Москва, Россия

Актуальность

В современном акушерстве в структуре причин, обусловливающих высокую материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность, существенную долю составляют

осложнения беременности, объединенные в группу «больших акушерских синдромов», включая преэклампсию (ПЭ) и задержку роста плода (ЗРП). Существует мнение, что молекулярные механизмы развития ПЭ и ЗРП имеют много общего. И хотя ряд исследователей относят ПЭ и ЗРП к истинно «плацентарным осложнениям», в настоящее время ведутся дискуссии о различии их патофизиологии. Исследованиями последних лет показано, что в плазме крови беременных женщин в достаточно большом количестве обнаруживаются циркулирующие микроРНК, участвующих в посттранскрипционной регуляции экспрессии генов. Несмотря на имеющуюся весьма обширную исследовательскую базу, роль отдельных микроРНК в патогенезе осложнений беременности дискутабельна и до конца не изучена.

Цель

Изучение молекулярных механизмов развития ПЭ на основании сравнительного анализа уровней экспрессии, циркулирующих в плазме крови микроРНК у беременных с ПЭ, ЗРП и у здоровых беременных.

Материалы и методы

В исследование включены 74 пациентки, разделённые на группы: I (n=42) – беременные с ПЭ, II (n=12) – беременные с ЗРП, верифицированной после родов, III (n=20) – здоровые женщины с неосложненным течением беременности и своевременными родами (контрольная группа). Всем пациенткам проведено общеклиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Анализ экспрессии микроРНК miR-20a-5p, miR-143-3p, miR-146a-5p, miR-181a-5p, miR-210-3p, miR-210-5p, miR-320a-3p, miR-375-3p, miR-517a-3p, miR-517c-3p, miR-574-3p, miR-574-5p, miR-1304-5p, miR-1972, miR-4498 в плазме крови проводили методом ПЦР в режиме реального времени. Обработка данных осуществлялась с использованием статистических пакетов SPSS 26 и Statistica 12.

Результат

Анализ плазменных микроРНК в группе женщин с ПЭ показал статистически значимые изменения уровней экспрессии 8 молекул микроРНК по сравнению с контрольной группой, а именно снижение miR-146a-5p (p=0,011), miR-181a-5p (p=0,015), miR-210-3p (p=0,031), miR-517a-3p (p=0,004), miR-517c-3p (p=0,007), miR-574-3p (p=0,048), miR-574-5p (p=0,003), miR-1304-5p (p 0,001). Среди пациенток группы ЗРП достоверных различий в уровнях экспрессии по сравнению с группой контроля получено не было. При проведении межгруппового анализа у пациенток с осложненным течением беременности показано статистически значимое снижение miR-146a-5p (p=0,023), miR-181a-5p (p=0,028), miR-517a-3p (p=0,048), miR-517c-3p (p=0,028), miR-574-3p (p=0,045), miR-574-5p (p=0,005) в группе ПЭ по сравнению с группой ЗРП. Внутригрупповой анализ позволил зафиксировать достоверное изменение экспрессии miR-20a-5p (FC=0,39; p=0,049) в образцах ПЭ с ЗРП относительно образцов ПЭ без ЗРП. В подгруппах тяжелая/умеренная и ранняя/поздняя ПЭ значимых отличий в уровнях экспрессии изучаемых микроРНК получено не было.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют, что различные осложнения беременности характеризуются специфическими молекулярными изменениями на уровне транскриптома. Изучение профиля плацентарных микроРНК у женщин с ПЭ и ЗРП позволила подтвердить значимость и вовлеченность процесса нарушения плацентации в развитие осложнений беременности. Между тем выявленная дисрегуляция в экспрессии молекул микроРНК свидетельствует о существовании альтернативных патофизиологических механизмов, лежащих в основе различных форм ПЭ и ЗРП.

МАНИФЕСТАЦИЯ ТРОМБОФЛЕБИТА ПОДКОЖНЫХ ВЕН, КАК ФАКТОР РАННЕЙ ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Мурасов Т.М., Казбулатов С.С., Мурасов А.М.

г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ №21

Актуальность

Тромбофлебит подкожных вен (ТФПВ) представляет собой одну из актуальных и достаточно изученных, в плане отдельной нозологии, болезней. Однако в ходе лечения данного заболевания и выяснения этиологии данного эпизода у каждого конкретного пациента иногда становится возможным диагностировать ранее не выявленные сопутствующие или предрасполагающие заболевания. По данным статистики частота выявления ТФПВ выше именно у лиц женского пола, а наличие варикозно-расширенных подкожных вен фиксируется у 80% пациентов. В ходе нескольких клинических исследований частота зарегистрированной симптомной тромбоэмболии легочной артерии у пациентов с тромбофлебитом подкожных вен достигала до 13,3%.

Цель

Провести первичный анализ результатов консервативного лечения тромбофлебита подкожных вен у женщин, получавших лечение в амбулаторных условиях и обязательно получавших консультацию гинеколога и ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза в период наблюдения.

Материалы и методы

Под наблюдением было 80 пациенток: из них 62 пациентки были с тромбофлебитом в бассейне большой подкожной вены и 18 с тромбофлебитом в бассейне малой подкож-

ной вены. Средний возраст пациенток составил 59± 5 лет. Пациентки с ранее выявленными новообразованиями, ранее перенесенными венозными тромбоэмболическими осложнениями, получавшие комбинированные оральные контрацептивы и гормональную терапию были исключены из исследования. Все пациентки в обязательном порядке получали новый пероральный антикоагулянт – ривароксабан в дозировке 10 мг однократно в сутки, в течение 45 суток. Всем пациенткам в качестве скрининга была назначена консультация гинеколога и онколога, ультразвуковое исследование органов малого таза и органов брюшной полости.

Результат

За период наблюдения в 1 месяц у 2 пациенток было отмечено появление геморрагического отделяемого из половых путей, потребовавшее госпитализации и у которых в последующем был верифицирован рак тела матки. Данные пациентки со слов последний осмотр у гинеколога отмечали более 5 лет назад, возраст пациенток составил 66 и 68 лет. У 4 пациенток были заподозрены на трансабдоминальном ультразвуковом исследовании новообразования яичников, которые были у 3 пациентов подтверждены на трансвагинальном ультразвуковом исследовании и путем анализа онкомаркеров; у 1 пациентки была выявлена киста яичника. Также у 2 пациенток была выявлена гиперплазия эндометрия. Из всех пациенток: было госпитализировано 4 пациентки. У 2 пациенток – в виду некупируемого маточного кровотечения, и 2 пациентки в связи с неэффективностью амбулаторного лечения.

Заключение

Из полученных данных следует необходимость рекомендовать всем пациенткам, имеющим тромбофлебит подкожных вен, консультацию гинеколога, а при необходимости ультразвуковое исследование органов малого таза. Стоит учитывать, что ранняя диагностика новообразований приводит к более эффективному лечению и снижению затрат здравоохранения при более позднем выявлении патологий.

According to the received data, it follows that it is necessary to recommend to all patients with thrombophlebitis of subcutaneous veins a consultation with a gynecologist, and if necessary an ultrasound examination of the pelvic organs. It should be borne in mind that early diagnosis of neoplasms leads to more effective treatment and lower healthcare costs with later detection of pathologies.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИДУКЦИИ РОДОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ С ВОЗМОЖНОСТЬЮ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Мухторова С.А., Камилова И.А.

г. Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность

В конце беременности, т.е. в 36 недель, плацента у человека перестает расти на 90%, но плод продолжает развиваться. Это стресс для нормальной плаценты. После 40-й недели беременности частота неблагоприятных перинатальных исходов постепенно увеличивается, причем этот рост становится значимым с 42-й недели беременности. Недоношенная беременность может осложняться аномалиями родовой деятельности, родовыми травмами, дистоцией плеча, послеродовым кровотечением, гипоксией плода, синдромом мекониальной аспирации и антенатальной гибелью плода.

Цель

Изучить течение и осложнения родов у женщин с диагнозом перенашивание беременности после родовозбуждения.

Материалы и методы

Путем проспективного научного исследования были включены 232 одноплодные женщины со сроком гестации 37–41 неделя, обратившиеся в родильный комплекс многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии с марта по июль 2022 года. В основной группе n=94 была диагностирована доношенная беременность, контрольная группа n=138 была доношенной и роды вызывались таблетками Гландин Е2 (Динопростон, 3 мг) 2 вида (с интервалом 6 часов) интрацервикально (задний купол влагалища). Методы обследования состоят из общеклинико-лабораторного, специального акушерского обследования, инструментальных и статистических методов. По шкале Бишопа шейка матки оценивалась как «незрелая» до 6 баллов, 6–8 баллов как «недостаточно развитая» и «зрелая» при оценке более 8 баллов.

Результат

В ходе исследования показаниями к индукции родов были: 94 (40,5) при возможности донашивания, преждевременное излитие плодных оболочек 59 (25,4), гипертонические расстройства 48 (20,7) и отягощенный акушерский анамнез составили 31 (13,4%) пациентов. Масса тела при рождении составила 3500 (SD=430) в основной группе и 3050 (SD=500) в контрольной группе (p=0,001). В результате успешной индукции родов в основной груп-

пе 69 (73,4%) и 113 (81,9%) пациенток контрольной группы родили естественным физиологическим путем в течение одних суток (p=0,123). Продолжительность родов в основной группе 16,6 часов; в контрольной группе она составляет 16,0 часов (p=0,259), причем видно, что в основной группе роды длились дольше. Активная фаза завершилась быстрее в основной группе (9,3 часа), чем в контрольной группе (9,6 часа). (p=0,717). Срок беременности n=25 (26,6%) по сравнению с другими группами, у 25 (18,1%) частота оперативных родов выше. Послеродовое кровотечение было на 2 (1,4%) меньше в контрольной группе, чем на 4 (4,3%) в основной группе. Контрольная группа осложнилась гиперстимуляцией матки в 1 случае (0,7%).

По шкале Апгар состояние новорожденных контрольной группы во всех случаях было на 8-9 баллов; в основной группе в 3 (3,2%) случаях оценивалось менее 7 баллов (p=0,035). Среди неонатальных показателей контрольная группа имеет ацидоз 1 (0,7%), тахисистолию 3 (2,2%). При недоношенных беременностях 8 (8,5%) амниотических вод с мекониальными смесями имели более высокий риск 2 (1,4%) по сравнению с контрольной группой.

Заключение

Результаты исследования показали, что индукция родов была эффективной в обеих группах (73,4% и 81,9% соответственно) и позволила завершить роды через естественные родовые пути. Дети, рожденные при недоношенных беременностях, имеют средний вес 3500 г и высокую аспирацию мекониевой смесью.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СОПОСТАВЛЕНИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Назарова Н.М., Асатурова А.В., Стародубцева Н.Л., Абакарова П.Р., Мгерян А.Н., Рамазанова Л.К., Алиева Л.Э., Мухамбеталиева Д.Д., Аттоева Д.И., Шешко П.Л.

г. Москва

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

Актуальность

Раннему выявлению предраковых поражений шейки матки способствует цервикальный скрининг (цитология). При аномальной цитологии проводится обследование на ВПЧ высокого онкогенного риска (ВПЧ ВР), кольпоскопия, биопсия (по показаниям) с последующим гистологическим исследованием материала. Определяющим в выборе метода лечения и дальнейшей тактики ведения пациенток является гистологический метод исследования. В клинической практике, как правило, несоответствия результатов клинических и морфологических методов исследований являются причиной неправильного

ведения пациенток, и в ряде случаев приводят к необоснованным инвазивным манипуляциям на шейке матки.

Цель

Провести ретроспективный анализ данных сопоставления цитологического и гистологического методов у пациенток с заболеваниями шейки матки, ассоциированных с ВПЧ ВР.

Материалы и методы

В исследование были включены 415 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст 34,4±5,2), с ВПЧ-ассоциированными поражениями шейки матки различной степени тяжести. Ретроспективный анализ сопоставления результатов морфологических методов исследования был проведен в соответствие с классификацией «Комитета клинической практики Американского общества цитопатологии» (ASC, 2013).

Результат

По результатам сравнительного анализа цитологических заключений с гистологическим диагнозом были сформировано 3 группы: 1 – группа совпадения цитологического и гистологического заключений (agree); 2 – незначительного несоответствия (minor over) и 3 – значительное несоответствие (major under). При этом, при формировании 2 и 3 групп учитывались случаи гипо- и гипердиагностики.

Ретроспективный анализ сопоставления результатов цитологического и гистологического методов исследования с учетом критериев ASC у 415 пациенток показал, что в группе с цитологическим заключением «NILM» соответствие (agree) диагноза было выявлено у 96 (23,13%) пациентов; незначительное несоответствие (minor over) (NILM/LSIL) у 35 (8,43%) пациентов; значительное несоответствие (major under) (NILM/HSIL) у 20 (4,8%) пациентов. В группе цитологического заключения «LSIL» определялось соответствие (agree) (LSIL/LSIL) у 59 (14,21%); незначительное несоответствие (minor over) (LSIL/NILM) – 86 (20,7%); незначительное несоответствие (minor under) (LSIL/HSIL) – 62 (14,93%). В группе с цитологическим заключением «HSIL» соответствие диагноза (agree) определялось (HSIL/HSIL) у 39 (9,39%); незначительное несоответствие (major over) (HSIL/LSIL) – 9 (2,1%); значительное несоответствие (minor over) (HSIL/хр. цервицит) – 9 (2,1%). Таким образом, при сопоставлении результатов морфологических методов исследования значительные несоответствия результатов цитологии с результатами гистологии были выявлены в 6,9% случаев.

Заключение

Проведенный сравнительный анализ показал, что во всех группах имели место случаи гипо- и гипердиагностики при цитологическом исследовании, однако наблюдений, в которых тактика лечения существенно изменилась при постановки цитологического и гистологического диагнозов, было мало (6,9%).

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК ДО И ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗНЫХ ВИДАХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ

Недень Л.Ч., Дражина О.Г., Савицкая В.М.

г. Минск

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»;
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность

Ожидание предстоящего оперативного родоразрешения можно отнести к числу состояний, которые существенно влияют на психоэмоциональный статус и могут вызывать хронический стресс и депрессию. А болевой синдром, сопровождающий послеоперационный период, может быть причиной нарушений адаптации, психических расстройств, страха, депрессии, нарушению сенсорного ощущения и эмоционального восприятия. Это плохо влияет на течение послеродового периода, особенно после выписки на амбулаторный этап.

Цель

Изучить и сравнить на основе уровней тревоги и депрессии психоэмоциональные нарушения у пациенток до и после операции Кесарево сечение в зависимости от проводимого обезболивания.

Материалы и методы

В зависимости от проводимого обезболивания пациенты были разделены на две группы, у которых послеоперационная анальгезия осуществлялась путем введения НПВС (кеторолака трометамина) и 20 мл раствора бупивакаина в подапоневротическое пространство через мультипоровый катетер в I группе 0,25% (61 пациентка), во II группе 0,5% (59 пациенток). Группой сравнения (III) являлся 61 пациентки, которым с целью купирования послеоперационного болевого синдрома применяли внутримышечное введение тримеперидина. Изучение степени выраженности психопатологических синдромов проводились с использованием шкалы депрессии Бека и шкалы тревоги Шихана, которые заполнялись пациентами всех групп два раза: за 12-48 часов до операции кесарева сечения и на 7-е сутки после родоразрешения.

Результат

Аномальный уровень тревоги выше 30 баллов отмечался у 67,96%, из них в I группе – у 71,7%, во II группе – у 60,6%. Аномальный уровень тревоги перед операцией отмечался в 89,15% случаев при плановом родоразрешении путем операции кесарева сечения и в

15,38% случаев при родоразрешении в экстренном порядке. На депрессивный эпизод перед оперативным родоразрешением указали 57,5% пациенток I группы и 55,7% пациенток II группы. При этом женщины отмечали как общие симптомы депрессивного эпизода, так и «соматические» симптомы депрессии. Статистически значимых различий в исследуемых группах не выявлено. Аномальный уровень депрессии выше 10 баллов в послеоперационном периоде отмечался в 87,38% случаев при плановом родоразрешении путем операции кесарева сечения и в 12,62% при родоразрешении в экстренном порядке.

В послеоперационном периоде число пациентов, имевших тревожную симптоматику, уменьшилось с 67,96 до 24,31% и составило в I группе – 14,2%, во II группе – 44,2%. Выявлена статистически значимая разница в количестве пациентов с нормальным и аномальным уровнем тревоги после операции между группами. Аномальный уровень тревоги в послеоперационном периоде снизился с 89,15 до 31,78% при плановом родоразрешении путем операции кесарева сечения ($p<0,05$) и с 15,38 до 5,77% при родоразрешении в экстренном порядке.

Аномальный уровень депрессии в послеоперационном периоде снизился с 57,22 до 12,71% случаев. При этом отмечалось статистически значимое снижение депрессивного эпизода у женщин с 57,5 до 6,7% в I группе (с 55,7 до 24,6% во II группе). Выявлена статистически значимая разница в количестве пациенток с нормальным и аномальным уровнем депрессии после операции между группами. Установлено, что аномальный уровень депрессии в послеоперационном периоде при плановом оперативном родоразрешении снизился до 20,38%, а при родоразрешении в экстренном порядке до 1,94%.

Заключение

У беременных перед операцией кесарево сечение отмечаются тревожно-депрессивные нарушения. Выраженность которых больше перед плановым оперативным родоразрешением. Использование в раннем послеоперационном периоде при кесаревом сечении подапоневротической анальгезии по сравнению с традиционным обезболиванием достоверно снижает интенсивность послеоперационного болевого синдрома и, как следствие, снимает психоэмоциональное напряжение, способствует благоприятному течению послеродового периода.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Неклюдова А.В., Андреева М.В.

г. Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность

Операция кесарева сечения (КС) относится к числу самых распространенных хирургических вмешательств и частота ее растет, достигая 40-50% в Перинатальных Центрах. Родоразрешение путем операции КС не является физиологическим для женского организма и вызывает у родильниц нарушения: процессов адаптации, снижение реактивности организма, в том числе, нервной системы, особенно вегетативной регуляции. Поэтому актуальным является поиск безопасных и эффективных методик коррекции нарушений адаптации у женщин после операции кесарева сечения.

Цель

Оценка влияния комплексной профилактики послеоперационных осложнений после КС на адаптационные возможности женского организма.

Материалы и методы

Обследовано 97 родильниц после КС в раннем послеоперационном периоде. Они были разделены на 2 клинические группы. В 1 группу (основную) вошли 47 пациенток. Им проводилась традиционное ведение послеоперационного периода в комплексе с квантовой терапией (КТ). Группу сравнения (2 группа) составили 50 родильниц с традиционным ведением послеоперационного периода, без применения КТ.

Результат

В ходе нашего исследования выявлено, что среди гинекологических заболеваний в группах сравнения преобладали цервицит (1 группа – 27,6%, 2 группа – 22%, $p>0,05$), хронический сальпингоофорит и бесплодие в анамнезе (1 группа 17% и 14,8%, 2 группа –14% и 12% соответственно, $p>0,05$). Среди осложнений во время настоящей беременности в группах исследования преобладали острые респираторные инфекции (1 группа – 36,2%; 2 группа – 32%, $p>0,05$), гестационная анемия (1 группа – 27,7%; 2 группа – 26%, $p>0,05$), маловодие и гестационный сахарный диабет (1 группа – 19,1% и 14,9%; 2 группа – 18% и 16% соответственно, $p>0,05$). Основное показание к операции КС в 1 и 2 группах – несостоятельный рубец на матке после одной/двух операций КС. Характер и частота осложнений в послеоперационном периоде во 2 группе (без применения КТ): субинволюция матки – 14% ($p<0,05$); инфекция мочевыводящих путей после родов – 12% ($p<0,05$); серома кожного шва – 2,0% ($p<0,05$); инфекция хирургической акушерской раны – 2,0%($p<0,05$). В первой группе данных осложнений не выявлено. При изучении адаптационных возможностей организма родильниц на фоне КТ наблюдались удовлетворительная адаптация у 65,9%, напряжение адаптации – у 21,3%, неудовлетворительная адаптации –у 8,5%, срыв адаптации – у 4,3% (в группе сравнения соответственно – 30,0%, 40,0%, 22%, 8%, $p<0,05$).

Заключение

Таким образом, клинические наблюдения и специальные методы исследования показали, что комплексная профилактика послеоперационных осложнений у родильниц, с включением в нее КТ с первых суток после КС, существенно улучшает адаптационные способности женского организма.

Резюме

Обследование 47 пациенток после операции кесарева сечения, с традиционным ведением раннего послеоперационного периода в комплексе с квантовой терапией с первых суток, выявило существенное улучшение адаптационных способностей женского организма.

Examination of 47 patients after caesarean section in the early postoperative period, who received traditional management of the postoperative period in combination with quantum therapy from the first day, revealed a significant improvement in the adaptive abilities of the female body.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАКТИНОМОЙ ГИПОФИЗА

Никитина Е.В.[1], Васильева Л.Н.[1], Лобачевская О.С.[1], Касабуцкая Т.И.[2], Ганусевич Н.В.[2]

г. Минск

1. *Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь;*
2. *6 ГКБ, г. Минск, Беларусь*

Актуальность

Пролактинома (пролактинсекретирующая аденома) – это наиболее часто встречающаяся гормонально-активная опухоль гипофиза, которая составляет до 40% всех новообразований гипоталамо-гипофизарной системы. Размеры пролактином могут быть различными – от микроаденом (менее 10 мм) до макроаденом (более 10 мм) с выходом за пределы турецкого седла. Клинические проявления пролактиномы широко варьируют, начиная от отсутствия каких-либо клинических нарушений до наличия всех симптомов, которые в основном включают в себя репродуктивные, сексуальные, метаболические и эмоционально-личностные нарушения. Коррекция гиперпролактинемии осуществляется с помощью препаратов агонистов дофамина, которые восстанавливают овуляцию в более чем 90% случаев.

Цель

Провести анализ особенностей течения беременности и родов у 40 женщин с пролактиномами гипофиза, госпитализированных в УЗ «6 Городская клиническая больница» г. Минска в апреле-октябре 2022 г. Авторами изучены анамнестические данные беременных женщин, проанализированы клинические данные и данные инструментальных и лабораторных обследований. Разработан алгоритм ведения женщин с пролактиномами во время беременности.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ особенностей течения беременности у 40 женщин с пролактиномами гипофиза (основная группа), госпитализированных в УЗ «6 Городская клиническая больница» г. Минска в апреле-октябре 2022 г. Среди этих 40 женщин 15 (37,5%) принимали бромокриптин во время беременности. В контрольную группу вошли 35 женщин без сопутствующей экстрагенитальной патологии, беременность у которых закончилась родами. Для статистической обработки полученных данных использовалась программа «Microsoft Excel 2010». Достоверность различий оценивали по t – критерию Стьюдента.

Результат

При анализе особенностей гестационного процесса в I триместре у беременных с пролактиномами была установлена высокая частота угрозы прерывания (в основной группе – 32,5%, в группе сравнения – 14,3%). Наряду с этим, в отличие от группы сравнения, у пациенток с пролактиномами отмечалось в анамнезе самопроизвольное прерывание беременности (преимущественно в сроке 6–7 недель гестации) в 17,6% наблюдений. Обращала на себя внимание относительно высокая частота неразвивающейся беременности в анамнезе. Частота неразвивающейся беременности у женщин основной группы превышала аналогичный показатель у женщин контрольной группы (23,5% и 5,9%, соответственно). При анализе особенностей II и III триместров беременности были обнаружены следующие наиболее часто встречающиеся осложнения:преэклапсия (30%), хроническая фетоплацентарная недостаточность (30%), анемия (27%). При анализе течения родов у пациенток основной группы были установлены следующие особенности: несвоевременное излитОперативное родоразрешение (кесарево сечение) было произведено 11 (27,5%) пациенткам. В большинстве случаев данную операцию выполняли в связи с отягощённым анамнезом (длительное бесплодие, невынашивание беременности и др.) или по поводу осложнённого течения данной беременности или родов. ие околоплодных вод (25%), слабость родовой деятельности (5%). Острая гипоксия плода возникла в 10% случаев (в контрольной группе это процент составил 6%). Оперативное родоразрешение (кесарево сечение) было произведено 11 (27,5%) пациенткам. В большинстве случаев данную операцию выполняли в связи с отягощённым анамнезом (длительное бесплодие,

невынашивание беременности и др.). Оценка состояния новорождённых по шкале Апгар составили 8/8 баллов (85%).

Заключение

1. Пролактинома гипофиза увеличивает риски возникновения невынашивания беременности.
2. Приём бромокриптина во время беременности не оказывает отрицательного влияния на течение беременности и не вызывает возникновения врождённых аномалий развития у плода.
3. Женщины с пролактиномами подлежат обследованию во время беременности.

Алгоритм ведения женщин с пролактиномами в течение беременности:

1. Клиническое обследование (акушер-гинеколог, офтальмолог, эндокринолог) + определение пролактина раз в три месяца.
2. Если уровень пролактина в норме, требуется: наблюдение.
3. При повышении уровня пролактина: коррекция бромокриптином + наблюдение.

ВЛИЯНИЕ ТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН

Никитина Е.В.[1], Лобачевская О.С.[1], Васильева Л.Н.[1], Никитина Д.А.[2], Писаренко Е.А.[2]

г. Минск

1. *Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь;*
2. *6 ГКБ г. Минска, Беларусь*

Актуальность

Гистерэктомия – широко распространенное оперативное вмешательство в гинекологии, нередко сочетается с удалением яичников и маточных труб. Данное оперативное вмешательство обычно негативно сказывается на психоэмоциональном состоянии женщины, что обусловлено психотравмирующим действием оперативного вмешательства, развитием посткастрационного и постгистерэктомического синдромов, психологической реакцией на невозможности забеременеть. Правильная оценка состояния пациентки может способствовать ускорению реабилитации, улучшению как психологического, так и общесоматического состояния женщины.

Цель

Оценка психоэмоционального состояния женщин на ранних сроках после экстирпации матки, выявление нарушений и определение степени их выраженности в зависимости от объема оперативного вмешательства.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 50 пациенток, которым проводилась экстирпация матки на базе гинекологичекского отделения УЗ «6 ГКБ г. Минска» в период с апреля 2022 года по январь 2023 год. Психоэмоциональный статус женщин оценивался на 5 сутки после операции при помощи шкалы реактивной тревожности Спилберга и субъективной шкалы оценки астении MFI-20. Статистическая обработка данных проводилась в программе Microsoft Excel.

Результат

Пациентки были разделены на 2 группы в соответствии с объемом выполненного оперативного вмешательства. В первую группу включены 25 пациенток с полным либо частичным сохранением ткани яичников, средний возраст составил 44,0±2,6 лет. Во вторую группу вошли женщины, которым была проведена экстирпация матки с двусторонним удалением придатков, средний возраст 55,2±6,3 года.

При оценке клинико-психологического тестирования пациенток первой группы по шкале Спилберга средний уровень тревожности составил 42,3±6,7 балла (умеренная тревожность). Уровень развития астении – 58,4±16,4 балла по шкале MFI-20. Наиболее выражены общая астения (13,1 балл), физическая астения (12,9 баллов), снижение активности (13,1 баллов). В норме суммарный показатель находится в пределах 20-30 баллов, а показатели отдельных шкал не превышают 12 баллов.

Средний уровень тревожности второй группе составил 45±2 балла (высокая тревожность). Выявлен значимый уровень развития астении – 61,4 ±4,3 балла по шкале MFI-20. Наиболее выражены общая астения (15,4 балла), физическая астения (14 баллов), снижение активности (16,4 балла).

Заключение

В обеих группах выявлена повышенная тревожность и признаки развития астенического синдрома. Более высокий уровень тревожности и значимая астения во второй группе могут быть обусловлены как более значительными гормональными сдвигами уже на ранних сроках оперативного вмешательства, так и эмоциональной реакцией женщин на утрату яичников.

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН С ХОРИОАМНИОНИТОМ И ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Нурымбетова Д.С., Мазумова Н.М., Каюмова Д.Т.

г. Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность

Актуальность. Инфекционные и септические осложнения в акушерстве остается одной из самых актуальных проблем. По данным ВОЗ, дородовый разрыв плодных оболочек составляет 2,7–19%, хориоамнионит встречается примерно у 15% беременных.

Цель

Изучить показатели воспалительной реакции у беременных с дородовым разрывом плодных оболочек и хориоамнионитом.

Материалы и методы

90 беременных с дородовым разрывом плодных оболочек и 30 женщин с клиническими признаками хориоамнионита в сроках 37–41 недели. Средний возраст составил 28,4±4,7 лет.

Проведены клинико-лабораторные исследования – общий анализ крови, мочи, биохимические анализы. У женщин с ДРПО и хориоамнионитом наблюдался лейкоцитоз, эритроцитопения, анемия, и повышенное СОЭ. Изучены показатели воспалительной реакции организма, уровень С-реактивного белка, лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и витамин 25(OH) D3.

Результат

Из соматических заболеваний железодефицитная анемия была у 97,4%, у каждой третьей заболевания щитовидной железы и у каждой 6 беременной наблюдалось ожирение. Воспалительные заболевания придатков и эндометрит были у 64,1% и 53,8% женщин с хориоамнионитом на фоне ДРПО, соответственно. В анамнезе у женщин инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) были у 33,3%, вирусная инфекция (ВПГ, ЦМВ) у 71,8% женщин с хориоамнионитом Во время беременности острые респираторные заболевания перенесли 67,5% беременных с ДРПО и 64,1% рожениц с хориоамнионитом.

Полученные данные показали, что С-реактивный белок – белок острой фазы, при хориоамнионите на фоне ДРПО был в 3 и более раза выше показателей контрольной груп-

пы. Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) – фермент, вырабатываемый клетками человеческого организма и принимающий участие в гликолизе (расщепление глюкозы для получения энергии) уровень которого возрастает при повреждении органов и тканей также возрастал. У женщин с хориоамнионитом уровень ЛДГ был повышенным более, чем в 2 раза, по сравнению с данными контрольной группы, (P<0,001).

Изучение уровня 25(OH)D3 показал, недостаток его у беременных с ДРПО, в то же время выраженный дефицит наблюдался при хориоамнионите.

Заключение

Таким образом, длительный безводный период является фактором повышения инфицирования и развития хориоамнионита, который приводит к увеличению акушерской и перинатальной патологии. Анализ лабораторных данных у женщин с дородовым разрывом плодных оболочек на фоне хориоамнионита и без ХА показал ряд изменений. У женщин с ДРПО и хориоамнионитом наблюдался лейкоцитоз, эритроцитопения, снижение гемоглобина, тромбоцитов и повышенное СОЭ в 1,6 раза. При этом, был повышенным С-реактивный белок в 3 с лишним раза, уровень ЛДГ, мочевины, креатинина и фибриногена. Печеночные ферменты были повышенными в обеих группах пациенток. Выявлено достоверно низкое содержание витамина D.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ СТУДЕНТКАМИ МЕДИКАМИ

Огадерова Н.А., Свидинская Е.А., Агеев М.Б.

г. Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Кафедра акушерства и гинекологии №1 ИКМ им. Н.В. Склифосовского

Актуальность

Тенденции последних лет к поздним первым родам, непопулярность многодетности, увеличение количества бесплодных браков может привести к закономерному снижению численности населения. Особенно важно максимально сохранить здоровье девушек – не только как репродуктивный потенциал, но и залог рождения здоровых детей. Несмотря на достаточное количество информации и широкую доступность любых средств контрацепции, большинство девушек до сих пор отдает предпочтение низкоэффективным методам.

Цель

Изучить используемые методы контрацепции студентками 3 и 5 курса ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) и оценить уровень знаний о современных средствах предохранения от нежелательной беременности.

Материалы и методы

Проведено анонимное онлайн анкетирование среди студенток 3 и 5 курсов Сеченовского Университета. Проанализировано 360 анкет (заполненных на платформе «Яндекс.Формы»).

Результат

Изучены анкеты 176 студенток 3-го курса и 184 студенток 5-ого курса в возрасте от 19 до 24 лет. Большинство студенток 3 курса (72,2%) и 83,8% 5 курса имели опыт сексуальных отношений; у 60% девушек был постоянный половой партнер, 4,5% девушек 3 курса и 13,5% студенток 5 курса состояли в зарегистрированном браке, у 17,6% постоянного полового партнера не было. Вопрос выбора надежного метода контрацепции был актуален для 85% всех опрошенных студенток, беременность в течение ближайшего года планировали только 4% девушек. При выборе метода контрацепции в паре совместное решение с половым партнером принимали около половины девушек, более 20% девушек выбирали метод контрацепции самостоятельно. При подборе подходящего метода контрацепции 27% девушек 3 курса и 34% студенток 5 курса изучали интернет-ресурсы, форумы и немедицинские ресурсы, около 20% консультировались с врачом, 15% прислушивались к советам подруг, 15% изучали специальную медицинскую литературу. Большинство студенток отдали своё предпочтение барьерному методу контрацепции: 39,6% студенток 3 курса и 46% студенток 5 курса. Традиционный метод контрацепции – прерванный половой акт оказался единственным методом контрацепции у 16,7% девушек 3 курса и 20,3% девушек 5 курса. Высокоэффективные методы контрацепции, в частности гормональная контрацепция оказались непопулярными: только 10,8% девушек 3 курса и 15,3% девушек 5 курса отдали своё предпочтение этому методу. По результатам опроса также установлено, что 11,4% опрошенных студенток 3 курса не владели информацией о методе контрацепции, использующейся в данный момент; 48,3% девушек считали, что им нужна дополнительная информация в выборе оптимального метода контрацепции. Среди студенток 5 курса подавляющее большинство считало, что знает всё о применяемом методе контрацепции, и только 5% опрошенных нуждались в дополнительных знаниях. Большинство студенток (60%) оказались довольными выбранным методом предохранения от нежелательной беременности.

Заключение

Выводы: основными методами контрацепции среди студенток 3 и 5 курса стал барьерный метод и прерванный половой акт, гормональные методы контрацепции применялись редко (около 10% опрошенных), опыта использования внутриматочных контрацептивов

и спермицидов не было. Учитывая то, что опрос проводился среди студенток медицинского вуза, удивителен выбор прерванного полового акта в качестве популярного метода контрацепции. Необходимо отметить, что 75% студенток 5 курса владели необходимой информацией о методах контрацепции, среди студенток 3 курса около половины опрошенных (48,3%) нуждаются в дополнительной информации. Мы связали это с тем, что студенты на 4–5 курсах проходят курс по акушерству и гинекологии.

СОСТОЯНИЕ ТОПИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЦЕРВИЦИТЕ

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

г. Москва

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

Актуальность

Частота цервицитов в общей популяции женщин репродуктивного возраста составляет 70–80%. Высокая частота данной патологии 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 позволяет расширить представление и углубить знания 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 особенности цитокинов (IL-1β, IL-4, IL-6, IL-8, ИНФ-γ, ФНО-α) локального иммунитета нижних отделов половых путей у 83 женщин с хроническим цервицитом. В контрольную группу вошли 35 практически здоровых женщин. Критериями исключения из исследования являлись: беременность и лактация,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 микрофлоры со слизистой 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 концентрации ИЛ-1β в 2 раза, по сравнению с их количеством в контрольной группе, свидетельствует об активации моноцитов/макрофагов стромы на фоне воспалительного процесса шейки матки. 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 секреции цитокинов, которые ответственны за поддержание оптимального уровня клеточной активности. Динамическое равновесие цитокинового профиля связано с достаточно высокой активностью гуморального и клеточного звена иммунного ответа. Следует пологать, что назначение в перспективе препаратов цитокинового ряда приведет к нормализации локального иммунитета и повысит эффективность терапии. Исследование продолжается.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ РЕМОДЕЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНИТОУРИНАРНЫМ МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Хрипач Е.А.

г. Москва

Медицинский институт Российского университета дружбы народов;
Многопрофильный медицинский центр «DEKA Medical»

Актуальность

Согласно данным, распространённость ГУМС в постменопаузе превышает 50%, а около 80% женщин в постменопаузальном периоде имеют хотя бы один симптом ГУМС. Многие пациентки и некоторые врачи относятся к ВВА как естественному процессу старения, недооценивают опасность этого состояния и не получают/не назначают лечение. По результатам анкетирования врачей, 62% из них говорят о ВВА с пациентками в постменопаузе, но только 7–10% активно инициируют такую беседу на приёме. Отсутствие терапии приводит к неизбежному прогрессированию ГУМС, а лечение получает критически малая часть больных. Однако даже при назначении терапии предписанной схемы придерживаются менее половины пациенток. Так, Kingsberg SA et al. выяснили, что назначенное лечение ВВА (местные эстрогены или селективные модуляторы рецепторов эстрогена системного действия) получают только 7% женщин 45–90 лет (средний возраст 58 лет, n=1858).

Пациентки с РМЖ имеют более выраженные генитальные симптомы, которые появляются в более молодом возрасте, что еще более снижает качество жизни. Проблема внутри проблемы – ведение больных раком молочной железы (РМЖ): в этой группе пациенток генитальная атрофия не только ухудшает показатели качества жизни, но и является дополнительным побочным эффектом адъювантной терапии.

Женщинам, которые имеют противопоказания к использованию гормональных средств или отказываются от них, в лечении ГУМС необходимо предложить альтернативную терапию, результативность применения которых будет достаточно высока.

Применение микроаблятивной лазерной ремоделирующей терапии с помощью углекислого газа может улучшить состояние слизистой оболочки влагалища за счёт улучшения трофики и купировать симптомы ГУМС, однако необходимо дальнейшее изучение его эффективности и безопасности в исследованиях высокого качества.

Цель

Выполнить анализ и обобщить полученные к настоящему времени доказательные и экспериментальные данные о результативности применения и безопасности лазерной терапии ВВА и ГУМС.

Материалы и методы

Провели обширный поиск научной литературы в базах данных PubMed, CochraneLibrary, Science Direct, ELibrary по ключевым словам CO2-laser/CO2-лазер, Er:YAG-laser/эрбиевый лазер, vulvovaginal atrophy/вульвовагинальная атрофия, genitourinary syndrome of menopause/генитоуринарный менопаузальный синдром, treatment/лечение, postmenopausal age/постменопаузальный возраст за 2012–2022 годы.

Результат

ГУМС – это хроническое прогрессирующее заболевание, симптомы которого без лечения усугубляются и существенно снижают качество жизни. Следует отметить, что ВВА имеет серьёзное медицинское и социально-экономическое значение, затрагивает более 50% женщин постменопаузального возраста. Частота ВВА в будущем будет расти в связи с постарением населения. Известно, что доказанное действие в отношении ВВА имеет местная гормонотерапия эстрогенами. Существуют объективные и субъективные сложности с её назначением: женщины не получают рекомендаций из-за недооценки клинической проблемы ВВА со стороны врачей, отказываются от лечения или имеют к нему противопоказания. Согласно изученным исследованиям, результативность применения микроаблятивного лазерного воздействия CO_2 способствует уменьшению симптомов вульвовагинальной атрофии, таких как дряблость влагалища, сухость, диспареуния, жжение, а также уменьшить тяжесть стрессового недержания мочи и симптомов ургентного недержания мочи. Позитивные изменения сохраняются около 1 года и более после окончания терапии. В большинстве научных публикаций показана высокая клиническая результативность применения и безопасность лазерной терапии при лечении больных РМЖ с ВВА, которым противопоказано традиционное гормональное лечение местными препаратами эстрогена.

Заключение

Очевидно, что результативность применения лазерных технологий в лечении ГУМС требует дальнейшего изучения в исследованиях высокого качества. Лазерная терапия ВВА с помощью карбоновой установки представляет собой перспективную, минимально инвазивную, но при этом результативную терапевтическую стратегию для купирования симптомов ВВА с доказанной безопасностью в краткосрочной перспективе.

СТРАТЕГИЯ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ: ГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИЛИ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ

Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Хрипач Е.А.

г. Москва

Медицинский институт Российского университета дружбы народов;
Многопрофильный медицинский центр «DEKA Medical»

Актуальность

Вульвовагинальная атрофия (ВВА) патогенетически связана со снижением эстрогенизации тканей половых путей, а клинически выражается ощущением сухости, зуда, жже-

ния во влагалище и диспареунией. В 2014 году консенсусом экспертов Международного общества изучения сексуального здоровья женщин (ISSWSH) и Североамериканского общества менопаузы (NAMS) был предложен новый термин – генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС), объединивший широкий круг проблем, связанных с гипоэстрогенным механизмом повреждения тканей и нижних половых путей, и мочевыводящих. В текущей демографической ситуации, когда происходит постарение населения, увеличивается число женщин постменопаузального возраста, медицинская и социально-экономическая значимость ГУМС будет только расти.

Цель

Проанализировать и обобщить научные исследования и публикации в стратегии возможности терапии вульвовагинальной атрофии: гормональные методы или лазерная терапия; проанализировать перспективы лазерных технологий в лечении ВВА и направления будущих исследований.

Материалы и методы

Совместно был выполнен поиск научной литературы в базах данных PubMed, CochraneLibrary, Science Direct, ELibrary по ключевым словам vulvovaginal atrophy/вульвовагинальная атрофия, genitourinary syndrome of menopause /генитоуринарный менопаузальный синдром, treatment/лечение, CO2-laser/CO2-лазер, postmenopausal age/постменопаузальный возраст за 2012–2022 годы.

Результат

К настоящему времени проведено несколько десятков клинических исследований эффективности и безопасности лазеротерапии, но большая часть работ являются экспериментальными, нерандомизированными проспективными или ретроспективными исследованиями, а небольшая часть – рандомизированные клинические испытания. Однако, «Золотым стандартом» терапии ГУМС во всем мире признана местная эстрогенотерапия. Использование эстриола интравагинально не имеет возрастных ограничений, и препараты на его основе могут быть назначены женщинам 60 лет и старше. Авторы Кокрейновского обзора на основании анализа 30 РКИ сообщили о более высокой доле женщин с ВВА, достигших улучшения от лечения вагинальными формами эстрогена по сравнению с плацебо. Эффективность и безопасность эстриола при местном применении подтверждена в самых высоких критериях доказательности, однако предубеждения пациенток по поводу гормонального лечения и низкая комплаентность терапии, самостоятельный отказ от назначенного лечения ставят под угрозу лечебные вмешательства по поводу ВВА. Высокая распространенность ГУМС и существенные ограничения используемых методов терапии диктуют необходимость поиска новых альтернативных способов. В течение последних нескольких лет увеличивается количество исследований эффективности и безопасности лазеротерапии при генитальных симптомах у женщин, страдающих ВВА. Для лечения ВВА в настоящее время используют фракционный ми-

кроаблятивный CO2-лазер и неаблятивный фототермический эрбиевый лазер (Er: YAG). Обе лазерные технологии обладают терапевтическим потенциалом в лечении ВВА, вызванной гипоэстрогенией, и перспективны для широкого использования в реальной клинической практике.

Заключение

ВВА – широко распространённая проблема в гинекологической практике, имеющая высокое медицинское и социально-экономическое значение в виду значимого ухудшения качества жизни. Золотой стандарт» лечения ВВА — местное использование эстрогенов. Однако для женщин, имеющих ограничения для использования гормональной терапии, принципиально важен поиск эффективных альтернативных методов негормонального лечения. Особенно это актуально для больных РМЖ с ВВА. Модулирующая лазерная терапия представляет собой инновационную и минимально инвазивную технику, с высоким терапевтическим потенциалом для лечения симптомов ВВА. Отмечено статистически значимое облегчение симптоматики ВВА при использовании лазеротерапии, причем положительный эффект от лечения может сохраняться более 12 мес. В настоящее время не получено данных о долгосрочном влиянии лазерной терапии на показатели здоровья. Необходимо дальнейшее изучение эффективности и безопасности лазерной терапии в исследованиях высокого качества.

КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ГУМС. РОЛЬ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ

Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Хрипач Е.А.

г. Москва

Медицинский институт Российского университета дружбы народов;
Многопрофильный медицинский центр «DEKA Medical»

Актуальность

Выбор тактики ведения и лечения пациенток с генитоуринарным менопаузальным синдромом (ГУМС) сопряжено с рядом сложностей, связанных с недооценкой этого состояния в клинической практике, с недостаточным охватом терапией и низкой комплаентностью больных. Пациентки часто отказываются от местной гормональной терапии препаратами эстрогена. Альтернативная минимально инвазивная терапия с использованием микроаблятивного карбонового (CO2) лазера была предложена в качестве негормонального метода терапии ГУМС в 2014 году. Большинство работ по изучению лазеротерапии нельзя отнести к исследованиям высокого качества. Сохраняется много нерешенных

вопросов, связанных с лазерной терапией: высокая стоимость и доступность, долгосрочную эффективность и безопасность. Прояснение вопросов о лазеротерапии для лечения ГУМС поможет клиницистам в принятии взвешенных решений при назначении альтернативных методов терапии.

Цель

Выполнить обзор и обобщить действующие клинические рекомендации по ведению пациенток с ГУМС от российских и мировых сообществ; анализ перспективы лазерных технологий в лечении ВВА и направления будущих исследований.

Материалы и методы

Мы проанализировали отечественные и мировые клинические рекомендации по ведению женщин с ГУМС: клинический протокол «Менопауза и климактерическое состояние у женщины» от Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ); Североамериканского общества по менопаузе (NAMS) и Международного общества по изучению сексуального здоровья женщин (ISSWSH); Британского общества по менопаузе (BMS); Канадского общества акушеров-гинекологов (SOGC) и Канадского общества менопаузы (CMS); Французского национального колледжа гинекологов и акушеров (CNGOF) и Группы по изучению менопаузы и старения (GEMVi); Итальянского общества по менопаузе (SIM) и Итальянского общества изучения «третьего возраста» (SIGiTE); а также «Клиническая роль лазера для лечения вульвы и влагалища в гинекологии и женской урологии» от экспертов Международного общества изучения вульвовагинальных заболеваний (ISSVD) и Международного общества по изучению недержания мочи (ICS).

Результат

Лазеротерапия с помощью карбонового или эрбиевого генератора энергии не рекомендована ни одним из обществ, регламентирующие документы которых мы проанализировали. Однако некоторые руководства допускают использование этого альтернативного метода при определенных условиях. Изучив клинические руководства по ведению пациенток с ГУМС от российского и ведущих мировых профессиональных обществ, мы сделали вывод о рассогласованности рекомендаций по ряду вопросов, отсутствии унифицированного подхода к менеджменту пациенток с ГУМС. Очевиден недостаток доказательных данных в отношении терапии ГУМС, четко не определены группы пациенток с повышенным риском РМЖ и с противопоказаниями к назначению гормональной терапии, четко не сформулированы критерии выбора альтернативной терапии ГУМС, что осложняет процесс принятия решений в реальной клинической практике. Учитывая критические замечания экспертов ведущих медицинских сообществ, мы определили ряд направлений будущих исследований лазерной технологии в лечении ГУМС.

Заключение

Выполненный анализ клинических руководств по ведению пациенток с ГУМС от : РОАГ, NAMS, NAMS/ISSWSH, BMS, SOGC/CMS, CNGOF/GEMVi; SIM/SIGiTE; консенсусного заявления «Клиническая роль лазера для лечения вульвы и влагалища в гинекологии и женской урологии» ISSVD/ICS. Без лечения ГУМС непрерывно прогрессирует, симптомы усугубляются, что может стать причиной трудно и некурабельных анатомических изменений. Оптимальный метод лечения – местная терапия препаратами эстрогена, однако не всем женщинам она может быть рекомендована. Негормональные средства могут быть назначены всем пациенткам с ГУМС, в том числе женщинам с РМЖ. Согласно оценкам экспертов, лазерное лечение может иметь потенциальные преимущества: использование в амбулаторных условиях; отсутствие побочных эффектов во время процедуры; улучшение сексуальной реакции; улучшение эластичности влагалища, трофики слизистой влагалища; снижение дизурических расстройств.

МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Орынбаева С.А., Нормуродова Н.М., Ахралов Ш.Ф.

г. Ташкент

ТашПМИ

Актуальность

Патология щитовидной железы (ЩЖ) является одной из наиболее социально значимых эндокринопатий. Во всем мире около 20% населения имеют заболеваниям ЩЖ. Многочисленные исследования больших групп населения в различных странах мира показали, что пациенты с «узлами в ЩЖ» могут составлять более 40% от общего числа больных с патологией ЩЖ. Арсенал методов диагностики заболеваний ЩЖ достаточно велик, но мультипараметрическое УЗИ среди них занимает особое место, являясь одновременно методом и первичной, и уточняющей, и топической диагностики. При пальпации узлы ЩЖ выявляются у 4–6% населения, а при мультипараметрическом УЗИ – более чем у 60%.

Цель

Улучшение диагностики щитовидной железы у больных с очаговыми новообразованиями путем применения современных ультразвуковых технологий.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 50 больных с патологией щитовидной железы. Исследования проводились с помощью ультразвуковых приборов Voluson P6 (General Elektric), Clear Vew 650 (Philips) с использованием высокочастотного микролинейного датчика 4–16 МГц с функцией эластографии.

Результат

В результате проведения УЗИ ЩЖ у 21 (42%) обследуемых были диагностированы единичные узлы щитовидной железы, у 29 (58%) были выявлены множественные узловые образования. Минимальный размер узла с–еди исследованных составил до 11мм, максимальный размер до 43мм. Произведенная ЦДК и ЭДК давала сомнительные результаты при величине узлов до 16 мм, выявляя лишь незначительное усиление кровотока по периферии узла. Метод эластографии позволил акцентировать внимание на изменение упругости выявленных очагов. При этом показатель упругости нормальной ткани щитовидной железы варьировался между 10,45–18,30 кПа. Диапазон упругости доброкачественных изменений колебался между 19,1–76,25 кПа, в то время как злокачественные узлы показали результат: минимум 85,03 – максимум 156,7 кПа. Чувствительность метода эластографии оказалась в пределах 89,3%; при этом специфичность в дифференциальной диагностике злокачественности процесса оказалась в пределах 93,4%.

Заключение

Мультипараметрическое ультразвуковое исследование является эффективным комплексным методом первичной и уточняющей диагностики патологии щитовидной железы, позволяющим объективно формировать показания к ТАПБ. Таким образом, современное комплексное применение методов ультразвуковой диагностики при узловых образованиях ЩЖ значительно улучшает планирование дальнейшей тактики лечения больного (хирургического вмешательства). Метод эластографии наиболее эффективен при сочетании его с другими методами ультразвукового исследования. Высокая специфичность 93,4% позволяет сделать выводы о необходимости продолжения исследования данного метода для дифференциальной диагностики очаговых образований щитовидной железы.

ОСОБЕННОСТИ ПАРАДОКСАЛЬНОГО ОТВЕТА В ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ПРОГРАММ ЭКО С УЧЕТОМ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Острина С.Я., Серова О.Ф., Рудакова Е.Б., Федорова Е.А.

г. Москва

ГБУЗ МО МОПЦ

Актуальность

Репродуктивная медицина развивается достаточно быстро, разрабатываются и вводятся в практику новые методы, препараты и протоколы лечения бесплодия. Результативность программ ЭКО во многом зависит от овариального ответа. Неэффективность протоколов в ряде случаев связана с парадоксальным ответом («бедный» или гиперергический ответ), частота которого в различных возрастных группах и связь с полиморфизмов гена FSHRизучена недостаточно.

Цель

Определить удельный вес пациенток с парадоксальным ответом на овариальную стимуляцию в различных возрастных группах и выявить их связь с полиморфизмом гена FSHR.

Материалы и методы

На первом этапе было проведено ретроспективное исследование. Были обследованы 500 пациенток с бесплодием, прошедших программы ЭКО с января по декабрь 2021 года, которые были стратифицированы по возрасту всоответствии с эффективностью проведенных программ ЭКО, рассчитанной на цикл и на перенос.

В каждой группе были определены подгруппы в зависимости от вида овариального ответа на стимуляцию всоответствии с рекомендациями: 1 подгруппа – «бедный» ответ, 2 подгруппа – оптимальный ответ, 3 подгруппа – гиперергический ответ. В каждой возрастной группе определялся удельный вес пациенток с парадоксальным ответом на овариальную стимуляцию в сравнении с прогнозом.

На втором этапе, с января 2022 года, проводилось исследование частоты встречаемости полиморфизма гена FSHR при парадоксальным ответе на стимуляцию.

Результат

Было выделено три основные возрастные группы пациенток в зависимости то эффективности программ ЭКО на цикл: I группа – пациентки до 35 лет (эффективность 25,7%), II группа – пациентки 36–39 лет (эффективность 20,1%), III группа – пациентки старше 40 лет (эффективность 12,1%), на перенос I группа – пациентки до 35 лет (эффективность 30,1%), II группа – пациентки 36–39 лет (эффективность 28,0%), III группа – пациентки старше 40 лет (эффективность 17,3%).

Оптимальные ответы составили абсолютное большинство во всех группах (239 из 500 обследованных и 47,8%), соответственно 47,9% в I возрастной группе (143) ($p<0,05$), 45,1% во II возрастной группе (64) ($p<0,05$) и 53,3% в III возрастной группе пациенток (32) ($p<0,05$).

Парадоксальный ответ при прогнозе оптимального ответа выявлен у 47 из 239 пациенток и составило 9,4%, из них в I группе – 30 человек с парадоксальным овариальным ответом, во II группе – 11 человек, в III группе – 6 человек, что составило 20,9%, 17,2% и 18,7% соответственно. Максимальное количество парадоксальных ответов наблюдается в I возрастной группе – 20,9% ($p<0,05$).

Первые результаты молекулярно-генетического исследования, проведенного в I группе пациенток показал, что вид парадоксального ответа ассоциирован с определенным полиморфизмом гена FSHR. При «бедном» ответе преобладает генотип G/G варианта c.2039G>A гена FSHR, а при гиперергическом ответе – A/A варианта c.2039G>A гена FSHR. и показали зависимость овариального ответа от полиморфизма гена FSHR в выделенных группах с парадоксальным овариальным ответом, Частота парадоксального «бедного» ответа составила 13,3%, парадоксального гиперергического ответа – 26,6% ($p<0,05$).

Заключение

Проведенный нами анализ показал, что парадоксальный ответ яичников на стимуляцию овуляции в программах ЭКО встречается в 19,6% случаев. Преобладание того или иного вида парадоксального ответа зависит от возраста пациентов и, по-видимому, ассоциировано с определенным полиморфизмом гена FSH, который отражают повышение или снижение активности рецептора в ответ на действие фолликулостимулирующего гормона. Однако, необходимы дальнейшие исследования в области изучения молекулярно-генетических предикторов овариального ответа на стимуляцию, влияющих на реакцию яичников в протоколах ЭКО.

АЛГОРИТМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ГИНЕКОЛОГА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Паренкова И.А.

г. Москва

Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения гор. Москвы», Консультативно-диагностический центр

Актуальность

В период перехода к единому «цифровому контуру», на пути создания «библиотеки алгоритмов», совершенствование телемедицинских технологий может внести свой вклад в сохранение репродуктивного потенциала девочек.

Цель

Сформулировать алгоритм телемедицинского консультирования гинеколога детского и подросткового возраста в формате «пациент-врач».

Материалы и методы

Изучен Приказ Минздрава России от 20.10.2020 №1130н, Федеральный закон от 29.07.2017 №242-ФЗ, научная литература по данной теме, проанализирован личный опыт работы в системе телемедицины в период с 2021 по 2022 гг.

Результат

Согласно разработанному алгоритму телемедицинской консультации, первый этап – активный расспрос жалоб и сбор анамнеза, ориентируясь на эмоциональный и интеллектуальный уровень собеседника. В экстренных случаях дается заключение о необходимости обращения за скорой медицинской помощью либо в приемное отделение стационара с возможным содействием в маршрутизации ребенка в кратчайшие сроки. 2-й этап – активный расспрос с обязательной оценкой семейных (наследственность) и индивидуальных факторов риска (перинатальный анамнез, соматический, нутриентный статус, половое развитие, возраст менархе, характер менструальной функции, вопросы гигиены, характер сна, физические нагрузки, психологические аспекты состояния девочки). 3-й этап – оценка вероятного состояния (не постановка диагноза!), 4-й этап – назначение возможного плана обследования и ведения с необходимостью детализации на очном приеме гинеколога согласно выявленным индивидуальным факторам риска и предоставленным официальным результатам обследования и ранее проведенного лечения. В заключении необходимо отразить состояния, требующие незамедлительного обращения за медицинской помощью очно, необходимость плановой маршрутизации девочки

в учреждение экспертного уровня. Консультирование девочек в возрасте до 15-ти лет проводится в присутствии родителей. При обращении пациента старше 15-ти лет врач не должен оповещать родителей, информация из электронной медицинской карты предоставляется по запросу официального представителя, но при показаниях к оперативному лечению или желании девушки прервать беременность рекомендуется очный прием гинеколога. 5-й этап – оценка причин обращений и возможностей совершенствования превентивных мероприятий по сохранению репродуктивного здоровья девочек.

Заключение

Предложенный алгоритм, с учетом существующих юридических норм, прав и потребностей пациента, позволяет гинекологу проводить профилактику жизнеугрожающих состояний, своевременную маршрутизацию детей и подростков с гинекологической патологией, наметить вектор персонализированных лечебно-профилактических рекомендаций по сохранению репродуктивного здоровья и максимально приемлемого качества жизни и социального функционирования ребенка и его семьи. Соблюдение принципов коллегиальности, постоянный системный анализ причин обращений содействуют повышению профессиональных компетенций.

РЕЗУЛЬТАТЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Пекарев О.Г.[1], Баранов И.И.[1], Поздняков И.М.[2], Пекарева Е.О.[2], Сухих Г.Т.[1]

1. *ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации*
2. *ГБУЗ НСО «Новосибирский городской клинический перинатальный центр»*

Резюме

Интраоперационное введение экзосом мезенхимальных стромальных клеток пуповинного происхождения ЭМСК в ходе предшествующего кесарева сечения приводило к формированию полноценного рубца по сравнению с традиционным ведением послеродового периода. Результаты повторного родоразрешения продемонстрировали, что у 71,4% у пациенток с экзосомной поддержкой удалось достичь самопроизвольных родов, что практически в 3 раза выше, чем в группе сравнения.

Summary

Intraoperative administration of exosomes of umbilical cord origin of mesenchymal stromal cells (EMSC) during a previous caesarean section led to the formation of a full-fledged scar

compared with the traditional management of the postpartum period. The results of re-delivery showed that in 71.4% of patients with exosomal support, spontaneous delivery was achieved, which is almost 3 times higher than in the control group.

Цель

Оценить течение послеоперационного периода у пациенток, которым в ходе предшествующего кесарева сечения вводились ЭМСК и результаты их повторного родоразрешения.

Материалы и методы

В исследование были включены две группы родильниц, которым проводилось кесарево сечение: основную группу составили 60 пациентки, которым в ходе абдоминального родоразрешения и после ушивания нижнего сегмента однорядным непрерывным викриловым швом вводилось 500 мкл ЭМСК. В группу сравнения вошли 100 пациенток с традиционным ушиванием матки однорядным непрерывным викриловым швом.

Результаты

У всех родильниц основной группы послеоперационный период протекал без осложнений, и они достоверно раньше выписывались из акушерского стационара (послеоперационный койко-день – 4,35 ± 0,06 в сравнении с группой контроля, в которой послеоперационный койко-день составлял 5,15 ± 0,16, p = 0,03). У пациенток основной группы не было гнойно-септических осложнений, в то время как в группе сравнения послеродовый период осложнился в 6 случаях (6%) эндометритом и в 2 случаях – лохиометрой (2%). Родоразрешена 41 беременная и роженица с рубцом на матке после кесарева сечения (21 – из основной группы и 20 – из группы сравнения). У 15/21 (71,4%) пациенток из основной группы и 4/20 (20%) из группы сравнения роды благополучно завершились через естественные родовые пути.

Выводы

Полученные данные указывают на более высокую эффективность интраоперационного введения ЭМСК в плане формирования полноценного рубца по сравнению с традиционным ведением послеродового периода. Результаты повторного родоразрешения продемонстрировали, что у 71,4% у пациенток с экзосомной поддержкой удалось достичь самопроизвольных родов, что практически в 3 раза выше, чем в группе контроля. Предварительные данные открывают новые горизонты использования ЭМСК для снижения частоты кесарева сечения у пациенток с рубцом после абдоминального родоразрешения.

Актуальность определяется высокой частотой кесарева сечения, что повышает риск осложнений по сравнению с самопроизвольным родоразрешением и необходимостью поиска новых методов улучшения репарации миометрия после перенесенных абдоминальных родов.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Пекарева Е.О.[3], Пекарев О.Г.[1], Баранов И.И.[1], Майбородин И.В.[2], Сухих Г.Т.[1]

1. *ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации*
2. *ФГБУН «Институт химической биологии и фундаментальной медицины» СО РАН, Новосибирск*
3. *ГБУЗ НСО «Новосибирский городской клинический перинатальный центр»*

Резюме

Интраоперационное введение экзосом (ЭМСК) мезенхимальных стромальных клеток пуповинного происхождения (МСК) в ходе предшествующего кесарева сечения приводило к формированию полноценного рубца.

Summary

Intraoperative administration of exosomes (EMSC) of mesenchymal stromal cells of umbilical cord origin during a previous caesarean section led to the formation of a full-fledged scar.

Цель

Оценить морфологическое строение рубца миометрия и его границы с нижнем сегментом матки у пациенток, которым в ходе предшествующего кесарева сечения вводились ЭМСК.

Материалы и методы

Повторно родоразрешена 41 беременная и роженица с рубцом на матке. У 15/21 (71,4%) пациенток с предшествующей экзосомной поддержкой роды завершились самопроизвольно. 16/20 (80%) пациенток группы сравнения были повторно прооперированы. Проведено патоморфологическое исследование 22 биоптатов иссеченных рубцов и участков нижнего сегмента матки.

Результаты

Ткани нижнего сегмента матки после экзосомной поддержки, характеризовалась полнокровием и параллельным расположением волокон. Численная плотность тканевых лейкоцитов в рубце достоверно не различалась между родильницами. У пациенток контрольной группы визуализировалось хаотичное расположение волокон, обширные геморрагии в тканях рубца и увеличение численной плотности всех лейкоцитов. Как в рубце матки,

так и в миометрии родильниц контрольной группы были обнаружены расширения сосудов и склероз их стенок на границе рубца матки. Кроме того имели место многочисленные разрывы самих сосудов по ходу границы тканей рубца и миометрия преимущественно в зоне рубца и по ходу границы разных тканей. В то же время гистологические фрагменты были представлены рубцом, состоящим из сформированной грубоволокнистой соединительной ткани. На границе рубца с миометрием прочность тканей была сильно снижена и имела место несостоятельность не рубца, а его границы с миометрием. Из-за наличия кровоизлияний и кист на границе рубца на матке и миометрия прочность этих отделов матки у пациенток контрольной группы даже после однократных родов была значительно снижена.

Выводы

Полученные данные указывают на более высокую эффективность интраоперационного введения ЭМСК в плане формирования полноценного рубца по сравнению с традиционным ведением послеродового периода. Результаты повторного родоразрешения продемонстрировали, что у 71,4% пациенток с экзосомной поддержкой удалось достичь самопроизвольных родов, что практически в 3 раза выше, чем в группе контроля. Предварительные данные открывают новые горизонты использования ЭМСК для снижения частоты кесарева сечения у пациенток с рубцом после абдоминального родоразрешения.

Актуальность определяется высокой частотой кесарева сечения, что повышает риск осложнений по сравнению с самопроизвольным родоразрешением и необходимостью поиска новых методов улучшения репарации миометрия после перенесенных абдоминальных родов.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОК ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ С ПОМОЩЬЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ – РЕСУРСА

Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Ковалева Т.Д., Щербакова О.Г., Энгиноева Т.А., Юрасова Т.И.

г. Хабаровск

ФГБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет, Минздрава России

Резюме

В нашем исследовании частота распространения синдрома поликистозных яичников, среди группы обследованных студенток с нарушениями менструального цикла составила 24,7%. Выявление данной патологии в молодежной среде, с помощью интернет-ресурсов, позволяет акцентировать их внимание на необходимость обращения для обследования к гинекологу.

Summary

In our study, the prevalence of polycystic ovary syndrome among the group of examined female students with menstrual irregularities was 24.7%. Identification of this pathology in the youth environment, with the help of Internet resources, allows them to focus their attention on the need to contact a gynecologist for examination.

Актуальность

Синдром поликистозных яичников (СПЯ) – полигенное эндокринное расстройство, обусловленное как генетическими, так и эпигенетическими факторами. В зависимости от периода жизни женщины клиническая картина, диагностика, лечебная тактика заболевания различна. Синдром имеет комплекс репродуктивных, метаболических и психологических особенностей.

Цель

Изучить распространенность СПЯ в студенческой среде и оценить эффективность использование интернет-платформ по наиболее активному выявлению проявлений, характеризующих нарушения репродуктивного здоровья.

Материалы и методы

С помощью платформы Google Forms за период октябрь-декабрь 2021 г. было опрошено 330 респонденток, обучающихся в высших учебных заведениях г. Хабаровска, с целью выявления у них нерегулярных менструаций (НМ), гиперандрогении, с последующим проведением обследования и верификации диагноза СПЯ на амбулаторном приеме.

Результат

В нашем исследовании частота распространения СПЯ, среди группы обследованных студенток с НМ составила 24,7%. По нашему мнению, активное выявление СПЯ у пациенток с НМ в молодежной среде, с помощью интернет-ресурсов, позволяет акцентировать их внимание на наличие нарушений менструального цикла и необходимость обращения для обследования к гинекологу.

Полученные результаты свидетельствовали о том, что 87,58% респонденток не планируют наступление беременности в течение ближайшие два года, поэтому наличие бесплодия, как одно из симптомов синдрома поликистозных яичников, их не волнует. Тогда

как частота распространения СПЯ, среди студенток с НМ составила, по данным проведенного исследования, 24,7%.

Заключение

Учитывая отсутствие у молодежи, привычки регулярно посещать врачей, в том числе и врача акушера-гинеколога, с одной стороны, а также наличие великолепных компьютерных знаний, которые иногда могут приводить к интернет-зависимости, с другой стороны, диктуют целесообразность использования интернет-ресурсов для опроса молодежи по наиболее актуальным вопросам репродуктивного здоровья.

В нашем исследовании использование анкетирования на платформе Google Forms способствовало более раннему выявлению такого синдрома, как СПЯ, и как следствие, проведению профилактики таких осложнений, как классический метаболический синдром с ожирением, артериальная гипертензия, инсулинорезистентность, сахарный диабет и его сосудистых осложнений, в том числе и тромботических.

РОЛЬ МИКРОБИОМА ВЛАГАЛИЩА В МЕНЕДЖМЕНТЕ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Пинчук Т.В.

г. Минск

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность

Рак шейки матки (далее- РШМ)- заболевание, частота выявления которого (в том числе запущенных форм) является «лакмусовой бумагой» отношения общества к здоровью женщин. Общеизвестно, что основным этиологическим агентом РШМ является вирус папилломы человека высокого канцерогенного риска (далее- ВПЧ ВКР). Ввиду понимания причины РШМ, наличия отработанных инструментов его первичной, вторичной и третичной профилактики, в ноябре 2020 года на генеральной ассамблее ВОЗ взят чёткий курс на элиминацию РШМ. Однако согласно данным международного агентства по изучению рака (IARC), РШМ продолжает занимает 4-е место в мире среди всех злокачественных новообразований женской репродуктивной системы.

Любой случай РШМ следует расценивать как результат упущенных возможностей цервикального скрининга, основной целью которого является выявление цервикальных интраэпителиальных поражений (далее- SIL). Благодаря цервикальному скринингу ежегодно

в мире диагностируют около 30 млн новых случаев плоскоклеточных интраэпителиальных поражений низкой (LSIL) и более 10 млн – высокой (HSIL) степени.

Учитывая, что только длительная персистенция ВПЧ ВКР является основным фактором цервикальных интраэпителиальных поражений и РШМ, актуальным является поиск факторов, к ней предрасполагающих. Традиционно к ним относят особенности акушерско-гинекологического анамнеза и репродуктивных «установок» женщин, курение, иммунокомпрометирующие заболевания, иммуносупрессивную терапию, продолжительную гормональную контрацепцию. Однако этих данных недостаточно для прогнозирования течения SIL. Научный и практический интерес в этом плане представляет изучение взаимодействия ВПЧ ВКР и вагинальной микробиоты- различными видами Lactobacillus spp., а также облигатными или факультативными анаэробами, характерными для бактериального вагиноза, распространённость которого среди женщин по данным различных авторов достигает до 40%.

Цель

Оценить роль микробиома влагалища в менеджменте пациентов с цервикальными интраэпителиальными поражениями.

Материалы и методы

В период с 2020 по 2023 годы проведено одномоментное проспективное лонгитудинальное исследование 69 пациенток в возрасте от 18 до 35 лет с ВПЧ-ассоциированными LSIL. Группу сравнения составили 65 пациенток в возрасте от 18 до 35 лет, инфицированных ВПЧ ВКР без патологических результатов цитологического исследования микропрепаратов шейки матки (NILM) и нормальными результатами расширенной кольпоскопии.

Материалы исследования подвергнуты статистической обработке с применением программ MS Office Excel 2013, DataTab Statistics Software. Сравнительный анализ небинарных признаков проводили с применением теста Манна-Уитни, бинарных – при помощи критерия хи-квадрат. Статистическая достоверность принята при $p<0,05$.

Результат

В исследуемых группах пациентов проведена оценка состава вагинальной микрофлоры с использованием двух типов молекулярно-биологического исследования: фемофлор-скрин и дифференциальное выявление 5 видов Lactobacillus spp. (crispatus, iners, jenseni, gasseri, vaginalis), Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae. Частота встречаемости выраженного дисбиоза (количество лактобацилл менее 20%) в основной группе была выше по сравнению с группой сравнения, однако статистически значимо не различалась (основная группа- n= 30, 44%; группа сравнения- n= 21, 32%), В ходе дифференциального выявления различных видов Lactobacillus spp., Lactobacillus iners достоверно чаще преобладала в вагинальном микробиоме пациентов основной группы (n=43; 62%), чем группе сравнения (n=17; 26%). Проведено динамическое наблюдение женщин обеих исследуемых

групп в течение 24 месяцев. Ухудшение состояние шейки матки (появлениеSIL/ переход LSIL в HSIL) достоверно чаще определено у пациентов обеих групп с преобладанием Lactobacillus iners в вагинальном микробиоме.

Заключение

Необходимо продолжить поиск факторов, обуславливающих длительную персистенцию папилломавирусной инфекции. Важным условием для определения менеджмента пациентов с SIL является целостная оценка микробиома влагалища, сочетающая в себе как классические, так и инновационные методы исследования.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ ЖЕНЩИН ГОРМОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ КОНТРАЦЕПЦИИ

Пинчук Т.В., Кузьменко Н.А., Валюхова Д.К., Невмержицкая А.М.

г. Минск

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность

Улучшение качества медицинских услуг по репродуктивному выбору – одно из приоритетных международных направлений здравоохранения. Смещение детородного возраста женщин к более позднему, их активная социальная позиция в современном обществе, потребность в контроле репродуктивной жизни диктуют необходимость высокого уровня консультирования женщин по вопросам контрацепции. Доступ к безопасным и эффективным методам контрацепции позволяет предотвратить нежелательную беременность, снизить количество абортов и, как результат, сохранить и укрепить репродуктивное здоровье женщин. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире более 150 млн. пользователей комбинированных оральных контрацептивов (далее – КОК). Неконтрацептивные эффекты гормональной контрацепции являются определяющими для многих её пользователей. На ряду с этим, вокруг данного метода контрацепции существует множество мифов и страхов как среди женщин, так и среди врачей, что требует продолжения исследований в этом направлении.

Цель

Оценить уровень удовлетворенности пациенток приемом КОК.

Материалы и методы

Проведено проспективное исследование 92 женщин в возрасте от 18 до 35 лет, принимающих КОК в течение 6 месяцев и более, назначенных в соответствии медицинскими критериями приемлемости для использования методов контрацепции ВОЗ.

С учётом длительности использования гормональной контрацепции, пациентки были разделены на 3 группы: группа №1 – женщины, использовавшие КОК в период от 6 до 12 месяцев (n=39, 42,4%), группа №2 – пользователи КОК в срок от 12 до 24 месяцев (n=28, 30,4%) и 3 группа – более 24 месяцев (n=25, 27,2%).

Результат

Средний возраст анализируемых женщин составил 21,64 ±0,83 лет (Me=21). Основными причинами использования КОК были: контрацепция – 75,1% (n=69), «регуляция» менструального цикла – 44,6% (n=41), первичная дисменорея – 32,6% (n=30), гиперандрогения неуточнённая – 21,7% (n=20), синдром предменструального напряжения – 17,4% (n=16), с целью снижения объёма кровопотери при обильных менструальных кровотечениях – 10,9% (n=10), аномальные маточные кровотечения, связанные с расстройством овуляции – 8,7% (n=8), синдром поликистозных яичников – 7,6% (n=7).

Барьерный метод контрацепции в дополнение к гормональному использовали 40,2% (n=37) женщин: из-за риска инфицирования ИППП – 78,4% (n=29), из-за страха незапланированной беременности – 21,6% (n=8). Приверженность к приему препаратов отметили 71,7% (n=66), тогда как у 28,3% (n=26) наблюдались пропуски в приёме препарата.

В ходе приема КОК анализируемые женщины указывали на следующие побочные эффекты: снижение либидо – 30,5% (n=28), мастодиния – 16,3% (n=15), тошнота 10,9% (n=10), эмоциональная лабильность – 13,1% (n=12), набор веса – 4,3% (n=4), появление мигрени с аурой – 2,2% (n=2).

Несмотря на то, что побочные эффекты встречались, 85,9% из опрошенных (n=79) удовлетворены эффектом от приема КОК: нежелательной беременности не наступило ни у одной пациентки. 76,1% женщин (n=70) отметили уменьшение выраженности дисменореи, 67,4% (n=62) – объема менструальной кровопотери 67,4%, а также 65,2% (n=60) отметили облегчение синдрома предменструального напряжения и акне.

В ходе динамического ультразвукового контроля органов малого таза и молочных желез, коагулограммы через 6, 12, 24 месяца, патологических изменений выявлено не было.

По мнению исследуемых женщин, причинами, сдерживающими их в продолжении использования гормональной контрацепции, стали: повышение риска тромбоэмболических осложнений – 36,9% (n=34), необратимые изменения гормонального фона – 12,0% (n=11), набор веса – 8,7% (n=8), возникновение бесплодия – 6,5% (n=6) и онкологических заболеваний – 5,5% (n=5).

Заключение

Результаты проведенного исследования позволяют утверждать, что применение КОК у женщин репродуктивного возраста в соответствии медицинскими критериями приемлемости для использования методов контрацепции, не вызывает клинически значимых негативных изменений состояния их здоровья. Необходимо повышение уровня консультирования женщин и улучшение образования врачей в области гормональной контрацепции и репродуктивного здоровья.

РОЛЬ ГЕСТАЦИОННОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ВЕСА В РАЗВИТИИ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Покусаева В.Н., Каткова Н.Ю., Покусаева К.Б., Вахрушина А.С.

г. Смоленск

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ;
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность

В соответствии с клиническими рекомендациями (2021) по гипертензивным расстройствам в период беременности в группу высокого риска по развитию преэклампсии (ПЭ) входят пациентки с ожирением. В рекомендациях NICE (2019) указано, что риск ПЭ имеется у пациенток с ИМТ 35,0 кг/м2 и более. Чрезмерное увеличение массы тела в период беременности не входит в число факторов риска, хотя многие научные публикации указывают на его возможную роль в генезе ПЭ.

Цель

Уточнение роли гестационного увеличения веса в генезе различных вариантов преэклампсии.

Материалы и методы

Когортное неинтервенционное исследование, включавшее 289 наблюдений: 41 пациентка с ранней ПЭ (до 34 недель) (РПЭ), 76 – с поздней ПЭ (после 34 недель) (ППЭ), 172 женщины без преэклампсии (контрольная группа). Критерии включения: регулярное наблюдение с 1 триместра и до срока родов, уверенность женщины в величине ее прегравидарного веса, информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: многоплодная беременность, прерывание беременности до 22 недель, отказ от продолжения участия в исследовании. Исследование проводилось на базах Смоленского государственного медицинского университета и Приволжского исследовательского медицинского университета. Проведено измерение роста и массы тела с вычислением исходного

ИМТ и гестационного увеличения массы тела (ГУМТ). Гестационная прибавка массы тела оценивалась согласно «Руководству по прибавкам массы во время беременности» (IOM, 2009). Статистический анализ проведен в соответствии с методологией анализа медико-биологических данных.

Результат

Чрезмерное ГУМТ увеличивает частоту ПЭ при нормальном ИМТ в 2 раза (ОР = 2,2; p = 0,019), при избыточной массе – почти в три раза (ОР = 2,7; p = 0,028), а при ожирении – более чем в 5 раз (ОР = 5,2; p = 0,000) Риск ПЭ у пациенток с нормальной преграви дарной массой тела существенно возрастает при еженедельном приросте веса более 500 г в неделю во II триместре (p = 0,000) и 400 г в неделю в III триместре (p = 0,000), а прибавка веса 16,5 кг за беременность увеличивает этот риск в 3,4 раза (ОР = 3,4; p = 0,001). Чрезмерное ГУМТ преимущественно характерно для женщин с поздней преэклампсией. Умеренная положительная связь отмечена между гестационным сроком, когда диагностируется ПЭ, и абсолютной величиной увеличения веса во II (r = 0,43; p = 0,000) и III (r = 0,42; p = 0,000) триместрах.

Отдельно проанализирован риск развития ПЭ у 165 пациенток с исходно нормальным ИМТ: 25 с РПЭ, 26 с ППЭ и 114 контрольной группы. Анализ также продемонстрировал существенную роль чрезмерного ГУМТ в развитии ПЭ (r = 0,41; p = 0,000). Средний гестационный прирост массы у пациенток с ПЭ составил 18,6 ± 5,2 кг (95% ДИ: 16,4–20,7), тогда как у пациенток в контроле – 13,5 ± 4,7 кг (95% ДИ: 12,6–14,5; p = 0,000). По сравнению с рекомендуемым ГУМТ, чрезмерное увеличивает, а недостаточное, в свою очередь, снижает риск ПЭ (p = 0,008). Пороговая величина, достоверно увеличивающая этот риск,– 16,5 кг. В случае если пациентка набирает больше, вероятность ПЭ возрастает в 3 раза (ОР = 3,4; p = 0,001). В отличие от ранней манифестации ПЭ, при ее позднем проявлении еженедельные прибавки веса уже с начала беременности превышают показатели в контрольной группе, достигая значимости с конца II триместра (после 26 недель). Увеличение массы тела более 500 г в неделю во II триместре (p = 0,000) и 400 г в неделю в III триместре (p = 0,000) существенно увеличивает вероятность осложнения.

Заключение

Чрезмерный прирост веса в период беременности является независимым фактором риска развития ПЭ с взаимным усилением негативного эффекта при наличии преграви дарного ожирения. Нарушения липидного обмена при беременности преимущественно связаны с развитием поздней формы ПЭ.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ МИКРОСРЕДЫ ЭНДОМЕТРИЯ БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД «ИМПЛАНТАЦИОННОГО ОКНА»

Полина М.Л.[1], Витязева И.И.[2], Шеленина Л.А.[3]

г. Москва

1. *Медицинский институт Федерального государственного автономного государственного образовательного учреждения высшего образования «Российского университета дружбы народов», Москва;*
2. *ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России, Москва;*
3. *ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева» Департамента Здравоохранения г. Москвы*

Актуальность

«Тонкие» механизмы неудач имплантации связывают со сложностями аутокринной, паракринной и эндокринной передачи сигналов, включая половые стероидные гормоны, цитокины, хемокины, факторы роста и внутриклеточные коммуникации. Сообщается, что более 80% повторных имплантационных потерь происходят на фоне аномального профиля цитокинов, однако сложные молекулярно-биологические события взаимодействия бластоцисты и эндометрия малоизучены.

Цель

Изучить характеристики эндометрия бесплодных женщин в фазу «имплантационного окна».

Материалы и методы

Обследованы женщины с бесплодием (n=101) с выделением групп: I – с бесплодием неясного генеза (БНГ) (n=11), II – с хроническим эндометритом (ХЭ) (n=22), III – с трубно-перитонеальным бесплодием (ТПБ) (n=50), IV – с «тонким» эндометрием (менее 7 мм при сонографии в периовуляторный период). Группу сравнения составили 10 здоровых фертильных женщин.

Комплексная оценка эндометрия в период «имплантационного окна» включала гистероскопию, патоморфологическое и иммуногистохимическое исследование экспрессии в железистом эпителии и клетках стромы цитокинов, хемокинов, факторов роста (TNF-α, IL10, NRF2, GM-CSF, CXCL16, BCA1, TGF-β). ХЭ подтверждали морфологически и маркировкой CD138+ на 7–9 день менструального цикла.

Результат

После комплексной оценки эндометрия методом гистероскопии и патоморфологического исследования результирующими для выделения иммунных фенотипов («нормальный», диспластический, хроническое воспаление) были показатели экспрессии иммунных маркеров. Определены характеристики фертильного иммунного фенотипа эндометрия: умеренное воспаление, с контролируемой регуляцией продукции провоспалительных молекул факторами иммунной толерантности к эмбриону.

Фенотип хронического воспаления обусловлен преобладанием среди факторов иммунного микроокружения провоспалительных цитокинов и хемокинов (TNF-α, GM-CSF, CXCL16, BCA1) при одновременном снижении уровня IL-10 и TGF-β (1 балл). Нарушение имплантации при диспластическом фенотипе обусловлено снижением экспрессии цитокинов, хемокинов и факторов роста на фоне избыточной продукции TGF-β (3 балла).

Заключение

Выявленные особенности иммунной микросреды подтверждают неоднородность характеристик эндометрия в каждой из групп женщин с бесплодием (БНГ, ТПБ, маточного генеза на фоне ХЭ, с «тонким» эндометрием). Представления об иммунном фенотипе эндометрия («нормальный», диспластический, хроническое воспаление) выступают критерием готовности к имплантации бластоцисты.

Изучены особенности иммунного профиля эндометрия женщин с бесплодием различного генеза в период «имплантационного окна».

Выявлены фенотипы эндометрия, отличные по иммунному профилю внутри каждой группы (с бесплодием неясного генеза, трубно-перитонеального генеза, хроническим эндометритом, «тонким» эндометрием): «нормальный», диспластический, хроническое воспаление, определяющие возможность патогенетического воздействия для восстановления адекватного иммунного ответа и повышения имплантационной восприимчивости.

The features of the immune profile of the endometrium of women with infertility of various genesis during the «implantation window» have been studied.

Endometrial phenotypes were identified that differ in immune profile within each group (with infertility of unclear genesis, tube-peritoneal genesis, chronic endometritis, «thin» endometrium): «normal,» dysplastic, chronic inflammation, determining the possibility of pathogenetic impact to restore an adequate immune response and increase implantation susceptibility.

ВЛИЯНИЕ МИКРОБИОМА ЭНДОМЕТРИЯ БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ

Полина М.Л.[1], Витязева И.И.[2], Шеленина Л.А.[3]

г. Москва

1. *Медицинский институт Федерального государственного автономного государственного образовательного учреждения высшего образования «Российского университета дружбы народов», Москва;*
2. *ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России, Москва;*
3. *ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева» Департамента Здравоохранения г. Москвы*

Актуальность

Существующие факты о многофакторной обусловленности процесса имплантации дополнились новым микробиологическим измерением репродуктивного потенциала человека. Внедрение методов секвенирования в практику позволило выявить взаимосвязь нарушений микробиоты с проявлениями репродуктивной дисфункции, однако единого мнения о микробном составе ядра матки бесплодных и фертильных женщин до сих пор не сформировано, как и его влияния на ремоделирование эндометрия.

Цель

Изучить микробиоту и морфологические характеристики эндометрия в фазу «имплантационного окна» женщин с бесплодием различного генеза.

Материалы и методы

Выполнено проспективное обследование 127 женщин репродуктивного возраста с выделением групп в зависимости от генеза бесплодия: I– неясного генеза (БНГ) (n=32), II – с трубно-перитонеальным (n=38), III – на фоне хронического эндометрита (ХЭ) в сочетании с полипом эндометрия (ПЭ)(n=21), четвертая – на фоне ХЭ в целом (n=36).

Методы исследования включали: оценку микробиоты эндометрия с помощью полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (тесты «Фемофлор 16»), гистероскопия, патоморфологическое и иммуногистохимическое (CD138+) для подтверждения диагноза ХЭ.

Результат

По данным гистологического исследования биоптатов эндометрия соответствие средней стадии фазы секреции чаще встречалось у женщин с идиопатическим бесплодием –

в полтора раза, чем с ТПБ (p=0,03), в два – с ХЭ (p=0,00), в том числе – его сочетании с ПЭ p=0,002). Образцы эндометрия с несоответствием темпов созревания желез средней стадии фазы секреции (дисхронизмом) отмечали чаще в группе с ХЭ: в 3,4 раза, чем с БНГ (p=0,00), 2,6 раза – ТПБ (p=0,03).

При оценке микробиома эндометрия наличие лактобацилл (в составе лактобациллярного типа – более 90% от общей бактериальной массы и смешанного – менее 90%) с БНГ выявляли втрое реже, чем с ХЭ (p=0,03), в два раза – ТПБ. Частота смешанного типа микробиоты в группах не отличалась (28,9%), дисбиотического – выявлена у 40,3% женщин с ХЭ, трети – ТПБ и 13,6% – БНГ. При эубиотичном профиле микробиоты изменения эндометрия, соответствующие средней стадии фазы секреции выявляли чаще при БНГ – в два раза, чем с ТПБ (p=0,03), три раза – при ХЭ (p=0,00) и его сочетании с ПЭ (p=0,04).

Заключение

Дисбиотический тип микробиоты представляется маркером нарушения морфологических характеристик эндометрия в фазу «имплантационного окна», преимущественно на фоне хронического воспалительного процесса.

Анализ состава микробиоты эндометрия представляется информативным для прогнозирования репродуктивных исходов до переноса эмбрионов, улучшения диагностики и выбора стратегии лечения.

Изменения в микробиоме эндометрия чаще сочетались с явлениями дисхронизма (несоответствием темпов созревания желез средней стадии фазы секреции), чем с секреторными изменениями. Дисбиотический профиль эндометрия у бесплодных женщин выступает причиной нарушения молекулярных механизмов имплантации бластоцисты. Изучение микробиоты эндометрия повышает вероятность прогнозирования репродуктивных исходов и выбора эффективной стратегии лечения при изменении количественных и качественных видовых характеристик.

Changes in the endometrial microbiome were more often combined with dyschronism phenomena (inconsistency in the rate of the gland maturation with the secretory phase of the menstrual cycle) in women than with secretory changes. The dysbiotic profile of the endometrium in infertile women is the cause of a violation of molecular mechanisms necessary for adequate blastocyst implantation. The studying endometrial microbiota increases the likelihood of predicting reproductive outcomes before embryo transfer and choosing an effective treatment strategy when changing quantitative and qualitative species characteristics.

ОЦЕНКА ЖАЛОБ И ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА

Пронина В.А.

г. Москва

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

Актуальность

Своевременная диагностика эндометриоза – один из наиболее актуальных вопросов настоящего времени ввиду задержки постановки диагноза, составляющей в среднем от 6 до 8 лет. Кроме того, УЗИ нередко не отражает степени распространенности и тяжести эндометриоза. Ввиду чего целесообразным является совершенствование первичного скрининга пациенток с подозрением на эндометриоз для последующего их направления на более информативные методы диагностики, что потенциально сократит время до постановки диагноза и обеспечит своевременное начало терапии заболевания.

Цель

Проанализировать структуру жалоб пациенток с наружным генитальным эндометриозом, определить влияние формы эндометриоза на степень выраженности болевого синдрома.

Материалы и методы

В ретроспективное исследование были включены 170 женщин (ср. возраст 31,5±6,26 лет) с наличием признаков эндометриоза по данным УЗИ и МРТ органов малого таза. Проводился сбор основных жалоб и оценка степени выраженности болевого синдрома с помощью 11-бальной визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) по показателями дисменореи, хронической тазовой боли (ХТБ), диспареунии, дисхезии, дизурии, а также определение индекса тазовой боли (ИТБ).

Результат

В структуре пациенток с эндометриозом изолированный перитонеальный эндометриоз (ПЭ) был диагностирован в 63/170 (37,1%), эндометриомы (ЭК) – в 45/170 (26,5%), глубокий эндометриоз (ГЭ) – в 62/170 (36,4%) случаях.

Среди ведущей причины обращаемости, у 70/170 (41,2%) пациенток отмечались жалобы на болевой синдром (49/170 (28,8%) – на дисменорею, 21/170 (12,4%) – на ХТБ), у 20/170 (11,8%) – на бесплодие, у 22/170 (12,9%) – на аномальные маточные кровотечения. При

этом, каждая 3-я пациентка первично не предъявляла жалоб, связанных с эндометриозом (58/170 (34,1%). При разделении пациенток на группы по форме эндометриоза было установлено, что жалобы на болевой синдром преимущественно характерны для ГЭ (35/62 (56,4%), реже – ПЭ (22/63 (34,9%). У каждой 3-й пациентки ЭК являлись случайной УЗ-находкой, а жалобы на болевой синдром предъявляла лишь каждая 4-я пациентка (13/45 (28,9%)

При оценке интенсивности болевого синдрома в группах пациенток, предварительно разделенных на малые формы (ЭК изолированные или с ПЭ, 1-я группа, n=45) и ГЭ (2-я группа, n=62), отмечалась статистически значимая разница. Так, средний балл ВАШ по показателю дисменореи составил 5,84±2,7 в 1-й группе и 7,25±1,8 во 2-й группе (p=0,007), ХТБ 1,64±2,07 и 3,31±2,65 (p=0,004), диспареунии 1,6±1,95 и 2,92±2,35 (p=0,01), дисхезии 0,98±1,5 и 2,63±2,87 (p=0,003), дизурии 0,51±0,9 и 0,62±1,03 (p<0,001), а ИТБ различался более чем в 1,5 раза (2,14±1,11 и 3,35±1,61, p<0,001).

Заключение

Таким образом, прицельный сбор жалоб и определение степени выраженности болевого синдрома по ВАШ является значимым вспомогательным инструментом в первичной диагностике эндометриоза.

Резюме

Сбор жалоб и оценка клинической симптоматики у пациенток с подозрением на эндометриоз является значимым этапом, позволяющим сократить время до постановки диагноза. При этом, болевой синдром в большей степени характерен для глубокого и перитонеального эндометриоза, в то время как эндометриомы нередко не проявляют себя клинически и в каждом 3-м случае являются случайной находкой на УЗИ.

Assessing clinical symptoms in patients with endometriosis is a significant step that allows reducing the time before diagnosis. Also, the pain syndrome is more characteristic of deep and peritoneal endometriosis, while endometriomas often do not manifest themselves clinically and in every 3rd case are a random finding by ultrasound. Assessment of complaints and intensity of pain syndrome as an additional approach to the primary diagnosis of endometriosis.

ЛОКАЛЬНАЯ ЦИТОКИНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕРВИЦИТОВ

Рамазанова М.Р., Андреева М.В.

г. Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

Актуальность

В последние годы доказано участие цитокинов в патогенезе различных заболеваний, и в первую очередь, сопровождающихся воспалительными реакциями.Практическое значение цитокинов связано, прежде всего, с их участием в регуляции воспаления. Цервицит -воспалительное заболевание, в ходе которого в первую очередь поражаются эпителиальные клетки эндоцервикальных желез, но также может поражаться плоский эпителий эктоцервикса. Цервициты диагностируют у 70% женщин, обращающихся в женские консультации за медицинской помощью. Несмотря на проведение курсов антимикробной терапии, в том числе повторных, цервицит может персистировать. Препарат Суперлимф является иммуномодулятором с противовирусным и противомикробным действием,стимулируетфункциональную активность клеток фагоцитарного ряда,выработку цитокинов (ИЛ-1, ФНО), индуцирует противоопухолевую цитотоксичность макрофагов, обладает антиоксидантной активностью, снижает выраженность развития воспалительных реакций, стимулирует регенерацию и эпителизацию раневых дефектов.

Цель

Проанализировать эффективность монотерапии и комбинированного лечения препарата Суперлимф у пациенток с хроническим цервицитом.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 54 женщин с жалобами на слизисто-гнойные выделения. Всем женщинам проведено комплексное обследование, включающее изучение анамнеза, общий и гинекологический осмотр, расширенную кольпоскопию, бактериоскопию вагинальных мазков, окрашенных по Граму.Проводилоськолическое определение состава микрофлоры влагалища методом ПЦР (Фемофлор 16). При выявлении возбудителей урогенитальных инфекций пациенткам назначалось соответствующее лечение. После получения результатов из исследования были исключены беременные, пациентки с фоновыми и предраковыми заболеваниями женских половых органов, применяющие антибактериальные препараты на момент включения в исследование и/или применявшие эти препараты в течение месяца до исследования, а также с лекарственной непереносимостью. В итоге в исследование было включено 40 пациенток: группа I (n=20) – пациентки, которые уже начали использовать суппозитории и продолжали в течение 20 дней, группа II (n=20) – пациентки, которым лечение не назначали до получения результатов обследования.

Результат

По результатам обследования было выявлено: у 5 пациенток (12,5%) в мазке на ИППП была выявлена уреаплазменная инфекция, у 1 пациенток – хламидийнаяинфекция (2,5%), у 6 пациенток (15%) – гарденерелла, у 28 (70%) пациенток ИППП не определялись. В мазке на степень чистоты влагалища у 37 пациенток (92.5%) обнаружено более 10 лейкоци-

тов в поле зрения. В посеве из цервикального канала у 13 пациенток (32,5%) обнаружен рост Candida alb., у остальных 27 пациенток (67,5%) в посеве роста условно – патогенной и патогенной микрофлоры не выявлено. У 29 пациенток (72,5%) в онкоцитологии – воспалительный тип мазка, у остальных 11 пациенток (27,5%) – цитология без особенностей. Всем пациенткам была проведена цитокинотерапияс применением вагинальных суппозиториев Суперлимф 25 ЕД один раз в сутки в течение 10 дней. Контрольное обследование проводили через 14 дней после проведенного лечения. По результатам- у всех 40 пациенток (100%) ИППП не обнаружено, в мазке на степень чистоты влагалища у 36 пациенток (90%) – лейкоциты 1–5 в поле зрения, у 4 пациенток (10%) – лейкоциты 6–10 в поле зрения. В посеве из цервикального канала у всех 40 пациенток (100%) роста условно – патогенной и патогенной микрофлоры не обнаружено.

Заключение

У ряда пациенток с хроническим цервицитом возможно отсутствие ИППП и диагностическизначимых титров УПМ. У такой категории пациенток возможно использование препарата Суперлимф в качестве монотерапии, что способствует уменьшению симптомов воспаления и выделений из половых путей.

Resume. A number of patients with chronic cervicitis may lack STIs and diagnostically significant titers of conditionally pathogenic microflora. In this category of patients, it is possible to use the drug Superlimfas monotherapy, which helps to reduce the symptoms of inflammation and discharge from the genital tract.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Савицкая В.М., Дражина О.Г., Лагуто С.Н.

г. Минск

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск;
Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Актуальность

Невынашивание беременности и преждевременные роды являются актуальной не только медицинской, но и социальной проблемой современного общества. Перинатальная смертность в этой группе в 35 раз выше по сравнению с доношенной беременностью. При преждевременных родах в плаценте чаще наблюдается ряд патологических изменений, что связано с причиной, вызвавшей роды. Возможность их изучения ретроспективна, когда преждевременные роды уже произошли.

Цель

Выявить факторы риска развития невынашивания беременности, провести ретроспективную оценку причины преждевременных родов в соответствии с морфологическим состоянием плаценты.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй преждевременных родов на базе УЗ «2 ГКРД» г. Минска, анализ морфологического состояния плаценты по данным гистологического исследования Для решения поставленных задач использовалась учебная и научная литература.

Результат

Результаты нашего исследования и данные литературы показывают, что изучение различия в патогенетических механизмах преждевременных родов инфекционной и неинфекционной этиологии является важным критерием для совершенствования тактики профилактики, диагностики и лечения данной патологии у женщин с невынашиванием беременности.

Мы выявили основные морфологические проявления плацентарных нарушений при преждевременных родах, патогенетически обусловленных инфицированием. К ним относятся: очаговая задержка созревания ворсин, плотность межворсинчатых промежутков, полиморфноклеточная воспалительная инфильтрация, стаз форменных элементов крови в сосудах плаценты, склерозированные в фибриноид ворсинки.

Также в нашем исследовании мы обратили внимание на причины развития фето – плацентарной недостаточности. Нами установлено, что морфологическими признаками развития фето – плацентарной недостаточности при неинфекционных факторах невынашивания беременности являются ранние изменения в сосудах децидуальной оболочки: спазм, облитерация просвета спиральных артерий, уменьшение объема сосудистого русла ворсинчатого дерева, уменьшение объема хориального эпителия и периферического трофобласта, увеличение отложений материнского и плодового фибриноида.

Заключение

На основании нашего исследования и данных литературы можно сделать вывод, что на особенности течения беременности и преждевременных родов влияет наличие признаков инфицирования плаценты и связанное с этим внутриутробное инфицирование плода, а также развитие фето – плацентарной недостаточности вследствие нарушений маточно-плацентарного кровотока.

Степень развития фето – плацентарной недостаточности зависит от кровоснабжения плаценты и характера воспалительных проявлении, что обуславливает различную морфологическую картину плацентарных нарушений.

Мы рекомендуем всех беременных, отнесенных к группе риска по преждевременным родам в плановом порядке обследовать на наличие или отсутствие признаков инфекции и развития фето – плацентарной недостаточности. После рождения плода продолжить лечебно-диагностические мероприятия по уточнению ВУИ и тщательное морфологическое исследование плаценты для последующей коррекции выявленной патологии.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ И РИСКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ

Свиридова Н.И., Максимов С.Н., Пурясева К.А.

г. Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Актуальность

Проблема гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) является одной из актуальных проблем современной гинекологии. Известно, что ожирение и ассоциированные с ним метаболические расстройства являются одним из значимых факторов риска развития и рецидивирующего течения гиперплазии эндометрия (ГЭ). Особенностью течения ГЭ у пациенток с ожирением является резистентность к гормональной терапии, склонность к рецидивирующему течению, а также высокая частота прогрессии в инвазивный рак.

Это диктует необходимость углубления и расширения перечня исследований, посвященных поиску информативных прогностических маркеров формирования и рецидивирования ГПЭ.

Цель

Целью настоящего исследования явилось учовершенствования диагностики пролиферативных заболеваний эндометрия на основе оценки уровня регуляторных аутоантител (к двуспиральной ДНК; к антигенам TrM-03 и коллагену).

Материалы и методы

Проведено обследование 218 пациенток в возрасте от 20 до 45 лет, поступивших на гистероскопию, при выявлении ПЭ – гистерорезекцию ПЭ. Показанием к госпитализации явилось наличие эхографических признаков ГЭ или ПЭ.

У всех пациенток ИМТ составил более 30 кг/м2. при этом ожирение I степени диагностировано у 134 (61,5%) обследуемых, в то время как II степени выявлено у 84 (38,5%) пациенток.

Результат

На основании данных морфологического исследования, все пациентки были разделены на две группы: первую группу составили 106 пациенток с неатипическими формами ГЭ, из них в IA подгруппу вошли 57 (53,8%) обследуемые с впервые выявленной ГЭ, а в I B – 49 (46,2%) женщин с рецидивирующей ГЭ (два и более эпизода ГЭ). Вторую группу составили 112 человек, среди них во II A подгруппу вошли 62 (55,4%) пациенток с впервые выявленными ПЭ, а во II B подгруппу – 50 (44,6%) женщин, имеющих рецидивирующее течение заболевания (два и более эпизода рецидива ПЭ).

Изучение среднего содержания профилей аутоантител к двуспиральной ДНК; к антигенам TrM-03 и коллагену осуществлялось методом твердофазного иммуноферментного анализа. Полученные результаты сравнивались с уровнем профилей аутоантител у 30 здоровых женщин репродуктивного возраста, которые составили контрольную группу.

У всех пациенток с пролиферативными заболеваниями эндометрия диагностировано достоверное снижение среднего содержания профилей аутоантител к двуспиральной ДНК, являющейся маркером процессов апоптоза, в сравнении с пациентками контрольной группы ($p<0,05$), что, вероятно, является одним из пусковых механизмов развития ГПЭ. Выявлены достоверные различия ($p<0,05$) уровня профилей аутоантител к двуспиральной ДНК в когорте пациенток с рецидивирующим течением ГЭ и ПЭ (- 39,64 ±2,65% и 37,18±3,29% соответственно) и больными с первичным эпизодом заболевания (-28,81±3,14% и – 24,21±2,08% соответственно). Нами установлена сильная корреляционная связь между средним содержанием профилей аутоантител к двуспиральной ДНК при впервые выявленных гиперпластических процессах эндометрия и уровнем профилей аутоантител при рецидивирующем течении ГЭ и ПЭ ($r=0,984$, $p=0,05$ и $r=0,876$, $p=0,05$ соответственно). Кроме того, у женщин с пролиферативными заболеваниями эндометрия диагностировано достоверное снижение профилей аутоантител к антигенам тромбоцитов TrM-03 ($p<0,05$), что могло явиться патогенетическим фактором возникновения АМК. Снижение профиля аутоантител к TrM-03 у пациенток с ГПЭ коррелировало с повышением среднего содержания аутоантител к коллагену. В обеих группах нами установлены корреляционные связи между уровнем содержания аутоантител к антигенам тромбоцитов TrM-03, аутоантител к коллагену и длительностью кровотечения ($r=-0,686$, $p=0,008$; $r=0,562$, $p=0,004$).

Заключение

Таким образом, результаты полученные в ходе настоящего исследования, обосновывают возможность применения параметров аутоиммунитета в качестве биомолекулярных маркеров прогнозирования развития и риска рецидивирования гиперпластических про-

цессов эндометрия, а также дифференцированного подхода к лечению пациенток репродуктивного возраста с ожирением.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭХОГРАФИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАЗВИТИИ МАЛОВОДИЯ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Серова А.В.[1,2], Воеводин С.М.[3], Юсуфов А.А.[1], Шеманаева Т.В.[1], Цветкова Н.В.[1]

г. Тверь, г. Москва

1. *ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь*
2. *ГБУЗ ТО «Областной клинический перинатальный центр им. Е.М. Бакуниной», г. Тверь*
3. *ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва*

Актуальность

В пренатальной ультразвуковой диагностике маловодие, манифестирующее в первой половине беременности, ассоциируется с врожденными пороками развития плода. Однако, в акушерской практике, при развитии маловодия в первой половине беременности наблюдается ряд серьезных осложнений как со стороны матери (преэклампсия, артериальная гипертензия, метаболический синдром, системные заболевания соединительной ткани, преждевременный разрыв плодных оболочек, инфекционные и воспалительные заболевания), так и плода (задержка роста плода, внутриутробная инфекция, гипоксия).

Цель

Определить клинические и эхографически значимые предикторы возникновения акушерских осложнений при развитии маловодия в первой половине беременности.

Материалы и методы

На базе ГБУЗ ТО «ОКПЦ им. Е.М. Бакуниной» обследованы 175 беременных женщин. Основную группу составили 102 пациентки, беременность которых осложнилась маловодием с 13 по 21 неделю беременности. В контрольную группу вошли 73 пациентки, у которых с 13 по 21 неделю беременности наблюдалось нормальное количество околоплодных вод. В ходе исследования проведены сбор анамнеза, анализ медицинской документации, общепринятые клинико-лабораторные и инструментальные (ультразвуковые исследование с динамическим контролем) методы обследования. Статический анализ полученных результатов проведен при помощи пакета стандартных статистических программ.

Результат

В основной группе выявлены врожденные пороки развития плода (21,6%; n=22), высокий риск хромосомных аномалий у плода (18,6%; n=19), ранняя плацентарная дисфункция (60,8%; n=62), эхографические проявления внутриутробной инфекции (71,6%; n=73) (p <0,05). Обращает на себя внимание, что у пациенток с маловодием, манифестирующим в первой половине беременности ранняя плацентарная дисфункция выявлена в 2,8 и 3,3 раза чаще, чем врожденные пороки развития плода и высокий риск хромосомных аномалий у плода, соответственно. Эхографические проявления внутриутробной инфекции у пациенток с маловодием, манифестирующим в первой половине беременности, выявлены в 3,3 и 3,8 раза чаще, чем врожденные пороки развития плода и высокий риск хромосомных аномалий у плода, соответственно. В контрольной группе беременность протекала без осложнений.

Заключение

Полученные результаты исследования обосновывают возможность расценивать раннюю плацентарную дисфункцию, эхографические проявления внутриутробной инфекции, врожденные пороки развития плода и высокий риск хромосомных аномалий у плода как клинические и эхографически значимые предикторы возникновения акушерских осложнений при развитии маловодия в первой половине беременности. Развитие маловодия в первой половине беременности – крайне неблагоприятный клинический признак для прогноза развития беременности. Своевременная диагностика маловодия, манифестирующего в первой половине беременности. и динамический контроль околоплодной среды позволят корректировать тактику ведения беременности и снизить риск неблагополучных перинатальных исходов.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА ЛЕПТИНА В ПЛАЦЕНТЕ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА

Солдатова Е.Е., Борисова А.Г., Волочаева М.В., Красный А.М., Тютюнник Н.В., Гасымова Ш.Р.

г. Москва

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

Актуальность

Задержка роста плода (ЗРП) остается одной из ведущих проблем современного акушерства и занимает важное место в структуре причин заболеваемости и смертности в пери- и постнатальном периодах. Согласно теории фетального программирования, малый вес

и/или рост плода и последующее развитие метаболических нарушений – это результат недостаточного внутриутробного питания плода во время беременности. Гены энергетического обмена играют важную роль в регуляции массы тела, как матери, так и будущего ребенка, следовательно, они вносят свой вклад в развитие ЗРП. В настоящее время интерес представляет изучение экспрессии гена лептина в плаценте в развитии синдрома задержки роста плода.

Цель

Изучить изменение экспрессии гена лептина (LEP) в плаценте при задержке роста плода.

Материалы и методы

В исследование были включены 32 беременные: основная группа – 17 пациенток с подтвержденным постнатально диагнозом ЗРП; контрольная группа – 15 женщин с физиологическим течением беременности. Для определения уровня экспрессии LEP в плаценте производился забор плацентарной ткани 1,0х0,5 см в криопробирку, содержащую раствор RNAlater, после родоразрешения. Образцы хранились при температуре -80С. После сбора полной коллекции образцы плаценты размораживались. Амплификация уровня мРНК гена LEP по отношению к референсному гену HPTR (ген домашнего хозяйства) проводилась методом ПЦР в режиме реального времени.

Результат

Уровень экспрессии гена лептина в плаценте был статистически значимо выше в основной группе пациентов и составил 5,6 (1,64; 18,8) отн.ед. и 1 (0,36; 4,28) отн.ед. в группе сравнения, при $p<0,05$. В основной группе наблюдалась отрицательная корреляционная связь между уровнем экспрессии гена лептина в плаценте и весом новорожденного (коэффициент Спирмена (rs) составил -0,53, при $p = 0,01$). Так у пациенток с наименьшим весом плода экспрессия лептина была значительно выше ($p<0,05$), при этом данная разница не была связана со сроком гестации на момент родоразрешения ($rs = -0,24$, при $p = 0,17$).

Заключение

Полученные результаты подтверждают данные литературы о том, что плацента является основным источником лептина во время беременности. Взаимосвязь между повышенным уровнем экспрессии лептина и весом новорожденного указывает на большее внутриутробное страдание плода и подтверждает его роль в регуляции роста. Повышенная экспрессия LEP в плаценте при ЗРП может способствовать пониманию механизмов развития данной патологии и появлению новых возможностей ее диагностики.

ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ. ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Степанькова Е.А., Сухорукова А.О.

г. Смоленск

Смоленский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики, г. Смоленск

Актуальность

Частое осложнение беременности – инфекции мочевых путей. Доказано, что их наличие ассоциировано с возможным неблагоприятным действием на организм матери и плода. Таким образом, для врачей-акушеров-гинекологов крайне важно своевременно диагностировать данную патологию и провести лечение.

Цель

Проанализировать осложнения беременности и состояния плодов у пациенток с впервые выявленной бессимптомной инфекцией мочевых путей.

Материалы и методы

Изучены гестационные осложнения у беременных (n=101) с впервые выявленной бессимптомной бактериурией в скрининговые сроки, полученные результаты сравнивались с контрольной группой (n=50). Использовалась описательная статистика, для количественных признаков вычислялись средние значения и 95% доверительные интервалы (ДИ), для признаков измеренных в номинальной шкале – относительные частоты (проценты) и соответствующие им 95% ДИ. Проверка статистической гипотезы проводилась на зафиксированном уровне значимости α=0,05.

Результат

При анализе осложнений беременности и состояний плодов, установлено, что наиболее распространенным гестационным осложнением у пациенток с впервые выявленной бессимптомной бактериурией было неспецифическое воспаление влагалища (вагинит) и встречалось в 61,4% (95% ДИ 0,512-0,709), анемия легкой степени наблюдалась у 42,6% (95%ДИ 0,328–0,528), легкая и умеренная рвота беременных была у каждой шестой беременной (16,8%) (95% ДИ 0,101–0,256), угроза прерывания беременности встречалась в 12,9% (95%ДИ 0,070–0,210), артериальная гипертензия у 11,9% беременных (95% ДИ 0,063–0,198), у 2% беременных произошел самопроизвольный поздний выкидыш (95%ДИ 0,002–0,070). Что касается оценки внутриутробного состояния плодов, то в 10,9% случаев (95% ДИ 0,056–0,187) было отмечено снижение адаптации плода согласно данным КТГ (кардиотокографии), в 11,9% (95% ДИ 0,063–0,198) зафиксирована хроническая внутриутробная

гипоксия плода. При сравнении осложнений гестации в основной и контрольной группах были выявлены значимые различия относительно анемии легкой степени тяжести (p=0,034) и артериальной гипертензии во время беременности (p=0,034).

Заключение

Наличие бактериурии во время беременности ассоциировано с повышенным риском развития анемии легкой степени и артериальной гипертензии. Из-за потенциального риска для матери и плода выявление и эффективное лечение бессимптомной бактериурии у беременных остается важной клинической проблемой.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПРАКТИКЕ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА 3 УРОВНЯ

Студёнов Г.В., Сенникова Ж.В., Воронцова Н.А., Климкина Т.В., Степанов С.Ю.

г. Оренбург

Оренбургская областная клиническая больница №2, Областной Перинатальный Центр

Актуальность

В практике акушера-гинеколога встречаются беременные с различной патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). От самой распространенной, до редко встречающейся. Но любая соматическая патология, в том числе и патология ЖКТ способна оказать существенное влияние на течение беременности и её исход.

Цель

Оценить распространенность патологии ЖКТ у беременных, а также рассмотреть тактику родоразрешения на примере акушерского стационара 3 уровня.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ историй родов пациенток с заболеваниями ЖКТ в областном перинатальном центре (ОПЦ) ГАУЗ ООКБ №2.

Результат

Областной перинатальный центр (ОПЦ) ГАУЗ ООКБ №2 является стационаром 3 уровня. Входит в состав многопрофильного медицинского учреждения, с широким спектром оказания помощи по разным профилям. Согласно статистическим данным за последние 5 лет и 9 месяцев в ОПЦ было родоразрешено 500 беременных с различной патологией ЖКТ. Так в 2017 году всего родоразрешено 160 пациенток с патологий данного профиля,

что составило 2,9% от общего числа родов. В 2018 – 90 – 1,7%, в 2019 – 111 – 2%, в 2020 – 74 – 1,3%. А в 2021 году всего 38 случаев и за 9 месяцев 2022 года 27 случаев, что составило 0,7% и 0,6% от всех родивших. Таким образом, в динамике с 2017 года фиксируется тенденция снижения доли таких пациентов. Лидирующие позиции среди патологии ЖКТ на протяжении анализируемого периода занимает – гепатоз. Его доля составила 82% в 2017 году и 44–45% в 2021–2022 гг. Имеется тенденцию снижения общего числа беременных с патологией ЖКТ с 2,9% в 2017 до 0,6% в 2022. Доля гепатоза с 2,4% в 2017 г снизилась в 2022 г до 0,3%. По Одна из причин снижения, это выход в 2019 году клинического протокола: «Внутрипеченочный холестаз беременных», где изменились подходы к верификации диагноза. В частности, ведущим лабораторным критерием постановки диагноза – является рост уровня желчных кислот. А вот повышение уровня трансаминаз, щелочной фосфатазы не являются диагностически значимыми. Хотя и требуют дополнительного обследования пациенток в целях исключения острого жирового гепатоза, HELLP-синдрома или другой патологии. Наличие соматической патологии, как правило, определяет риски осложнений беременности. Преэклампсия у беременных с ЖКТ в среднем встречается в 2 раза чаще. Также с большей частотой у пациенток с патологией ЖКТ чаще верифицируется гестационный сахарный диабет. И особого внимания заслуживает доля мертворождений. Среди беременных с патологией ЖКТ она в два раза больше чем в среднем по ОПЦ. На долю срочных родов приходится в разные годы 60-85% всех родоразрешений. Преждевременное родоразрешение составило от 40 до 15%. Следует констатировать, что при патологии ЖКТ возрастает частота преждевременного родоразрешения, в том числе путем операции кесарево сечения. Абдоминальное родоразрешение данных пациенток проводилось как по акушерским показаниям, так и в связи с наличием сопутствующей патологии. Показаниями были – холестатический гепатоз, цирроз печени, острый жировой гепатоз.

Заключение

Представленные данные в очередной раз позволяют нам сказать, что в практике врача терапевта, врача акушера-гинеколога следует уделять большое внимание всем женщинам фертильного возраста, особенно при наличии экстрагенитальной патологии. Ряд профилактических мероприятий у пациенток с соматической патологией, планирование беременности, предгравидарная подготовка могут снизить риски осложнений беременности, родоразрешения.

ВЛИЯНИЕ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН

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

г. Москва

ФГБУ «НМИЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава РФ.

Актуальность

Инфицирование женщин вирусом папилломы человека (ВПЧ) негативно влияет на психо-эмоциональное состояние и снижает уровень качества жизни (КЖ).

Цель

Оценить КЖ пациенток инфицированных ВПЧ в зависимости от результатов цитологического заключения.

Материалы и методы

В исследование были включены 380 женщин, в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 34±11). Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование, включающее: молекулярно-генетические методы исследования – ВПЧ-генотипирование, цитологическое исследование. Были сформированы три группы: I группа с незначительными изменениями по данным цитологического заключения (ВПЧ ВР+NILM/ASCUS/LSIL) n=215 (56,6%), II группа (ВПЧ+HSIL) n= 65 (17,1%), III группа (контрольная, здоровые женщины с отсутствием ВПЧ+NILM) n=100 (26,3%). Оценка КЖ проводилась с помощью опросника EuroQol EQ-5D-5L, который позволяет проанализировать следующие аспекты жизни: подвижность, самообслуживание, активность в повседневной деятельности, боль/дискомфорт, беспокойство/депрессию. Каждый компонент анкеты разделен на пять уровней в зависимости от степени выраженности проблемы.

Результат

Показатели КЖ по общему состоянию здоровья у исследуемых пациенток статистически не отличались и соответствовали: в I группе 0,83 (0,24), во II группе 0,81 (0,27) и в III (контрольной группе) 0,84 (0,24) ($p \geqslant 0{,}05$).

Однако, выявлены статистически значимые отличия в психологическом компоненте КЖ у пациенток с ВПЧ-инфекцией (в I и во II группах) по сравнению с III группой (контроля) ($p \leqslant 0{,}001$). Пациентки с ВПЧ-инфекцией (в I и во II группах) одинаково испытывали эмоциональный дискомфорт, депрессию и тревогу.

Заключение

Все исследуемые женщины с положительным результатом на ВПЧ, вне зависимости от результатов цитологического исследования испытывали эмоциональный дискомфорт, выражающийся в снижении уровня психологического компонента качества жизни по сравнению с группой контроля.

ОЦЕНКА АНАТОМИИ ЭМБРИОНА В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

Тимакина Д.Н.

г. Москва

Медицинский центр «Хороший доктор»

Актуальность

При современных возможностях ультразвуковой диагностики (УЗД) было бы большой ошибкой недооценивать подобные исследования в ранние сроки беременности (до 11 недель). Практика показывает, что уже начиная с 7 недель беременности возможна диагностика клинически значимых пороков развития эмбриона. Кроме того, можно с большой степенью достоверности делать заключение о течении беременности, что помогает в разработке тактики ведения пациентки.

Given the advanced capabilities of Ultrasound Diagnostics, it would be a great mistake to underestimate the ultrasonography in the early stages of pregnancy (up to 11 weeks of gestation). Practice shows that starting from 7 weeks of gestation, it is possible to diagnose medically important fetal abnormalities. In addition, drawing the highly reliable conclusions about the pregnancy progress, which contributes to the development of a management strategy for the patient becomes possible.

Актуальность данного вопроса связана с тем, что УЗИ в ранние сроки беременности – это не только констатация прогрессирующей маточной беременности и подтверждение или определение срока гестации (эмбрион визуализируется в амниотической полости внутри плодного яйца по разным данным с 5,5–6 недель беременности), но и иногда первое за долгое время обследование женщины, позволяющее выявить бессимптомно протекающую гинекологическую патологию. Многие клинически значимые патологии беременности можно диагностировать на УЗИ в доскрининговые сроки, что даст возможность избежать осложнений, связанных с более поздней их диагностикой.

Цель

Оценить возможности ультразвуковой оценки анатомии эмбриона и плода в ранние доскрининговые сроки беременности.

Материалы и методы

В докладе представлены примеры нормальной анатомии эмбриона с 5 до 11 недель беременности и частные случаи пороков развития, выявленных в доскрининговые сроки беременности, подтвержденные в более поздние сроки. Исследования проводились

на Ультразвуковой аппарат MINDRAY DC70 Pro с использованием датчиков D7-2E частотой 1.6–8.4 МГц и V11-3E частотой 4.7–12.8 МГц.

Результат

Клинические случаи диагностики таких пороков развития как синдром акардии, циклопия, менингоцеле, полидактилия, представленные в докладе, подтверждают возможности оценки анатомии эмбриона и плода в сроки до 1 комбинированного скрининга.

Заключение

К настоящему времени данные об оценке эмбриональных и экстраэмбриональных структур слабо систематизированы и специалисты недооценивают легко воспроизводимые ультразвуковые исследования в ранние сроки беременности, или оценивают одинаковый набор критериев, не дающих полной клинической картины течения каждой отдельно взятой беременности. Кроме того, в приказах и клинических рекомендациях не регламентированы протоколы исследования в ранние сроки беременности, что приводит к несвоевременному выявлению патологии и, следовательно, большему количеству осложнений со стороны пациентки как в плане физического, так и психологического состояния.

Результаты ультразвуковых исследований в ранние сроки беременности имеют важное значение для разработки плана ведения беременных, а также потенциального влияния на экономическую составляющую наблюдения беременных на ранних сроках беременности. Бесспорно, ультразвуковое исследование в ранние сроки беременность имеет высокую воспроизводимость между специалистами и доступно для использования в рутинных исследованиях на любом уровне обследования беременных.

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Ткаченко Л.В., Курушина О.В., Юстус А.С., Лисина О.А.

г. Волгоград

Клиника Сова на Академической

Актуальность

«Предменструальный синдром» (ПМС) или «Синдром предменструального напряжения» — это патологическое состояние, характеризующиеся разнообразными циклически повторяющимися физическими, эмоциональными и поведенческими симптомами, которые развиваются в течение лютеиновой фазы менструального цикла и исчезают вскоре после начала менструации. Несмотря на то, что первые научные публикации о ПМС поя-

вились более века назад, многие аспекты этого патологического состояния остаются неизученными. Таким образом, отсутствие данных о распространенности, профилактике, особенностях клинического течения, возрастной характеристике женщин с ПМС, наряду с отсутствием четкого представления о факторах риска, основных диагностических критериях предменструального синдрома, а также эффективности различных методов лечения и влияния его на качество жизни женщин обусловливает необходимость комплексного изучения данной проблемы.

Цель

Улучшение результатов лечения выраженных болевых проявлений и нарушений антиноцицептивной системы у женщин с предменструальным синдромом на основе выявленных патогенетических механизмов.

Материалы и методы

В основную группу включили 100 женщин с предменструальным синдромом с клиническими выраженными болевыми проявлениями различной локализации, в группу сравнения – 100 женщин с тазовой болью, не связанной с менструальной цикличностью, в контрольную — 100 здоровых женщин без предменструального синдрома и без болевых клинических проявлений. Для оценки болевых проявлений использовали Менструальный дистресс-опросник Рудольфа Муса, менструальный дневник (в течение 3 последовательных циклов) и визуальную аналоговую шкалу (позволяет оценить интенсивность болей).

Результат

Анализ результатов, полученных с помощью Менструального дистресс-опросника Рудольфа Муса, показал, что у пациенток в основной группе значения показателей по всем компонентам опросника, кроме компонента «Волнение и возбудимость», были достоверно выше, чем у женщин в группе сравнения и контрольной группе. Средняя общая оценка по опроснику в основной группе составила 42,1 ± 3,67 балла, что соответствует критерию ПМС средней тяжести (22–51 баллов), в группе сравнения 22,2 ± 2,21 балла (средней тяжести), а в контрольной группе — 12,28 ± 1,92 балла, что соответствует критерию ПМС легкой степени (4–21 балла). Среди болевых предменструальных симптомов встречались: головные боли, тяжесть/боль в молочных железах, тазовые боли, вздутие/боли в животе, боли в мышцах и суставах. Важно отметить, что вышеперечисленные болевые предменструальные симптомы встречаются в комплексе с эмоциональными и вегетативными симптомами. В контрольной группе отмечались единичные незначительные по интенсивности проявления симптомы. В основной группе болевые симптомы выраженной интенсивности оказывали отрицательное влияние на общее состояние и поведение женщин (межличностные отношения и трудоспособность). Длительность клинического проявления симптомов составила 7,14 ± 1,0 дней в месяц у пациенток основной группы и 2,3 ± 1,28 дня в месяц у женщин в контрольной группе. В группе сравнения симптомы не имели цикличности.

Заключение

Полученные результаты подтверждают, что при оценке состояния женщин с ПМС симптомы следует регистрировать проспективно, в течение 2–3 последующих циклов с использованием дневника симптомов. Опросники и дневники, использованные в данном исследовании, позволили выявить ключевые особенности предменструальных симптомов, в том числе цикличность проявления исключительно в предменструальном периоде, а также выявить доминирующие симптомы и оценить степень их тяжести.

ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ЖЕНЩИН В ПРОГРАММАХ ЭКО

Ткаченко Л.В., Мурылева Е.С.

г. Волгоград

ВолгГМУ

Актуальность

Женское ожирение является одним из ключевых факторов определяющим состояние здоровья потомства в детском, а затем и во взрослом возрасте. Избыточный вес негативно влияет на качество ооцитов и эмбрионов, а также на частоту наступления беременности, имеющих тенденцию к снижению. В то же время высоки риски преждевременных родов, ранних выкидышей. Ожирение среди женской популяции репродуктивного возраста, особенно в период глобальной эпидемии данного заболевания, определяет приоритет предотвращения отрицательного влияния данной патологии на будущие поколения и улучшения результатов в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

Цель

Оценить исходы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и контролируемой индукции овуляции (КИО) у женщин с бесплодием и страдающих ожирением, избыточной массой тела.

Материалы и методы

Ретроспективно проанализировано 134 карты в отделении ВРТ Клиники №1 ВолгГМУ с 2010 по 2019 год. Пациентки были разделены на группы в зависимости от проведенной коррекции индекса массы тела (ИМТ) перед программами ЭКО и КИО. I группу составили 58 пациенток с ожирением. Средний возраст 30 ±3,6 лет и длительностью бесплодия 4,5 года. Пациентки получали медикаментозное и немедикаментозное лечение ожирения. 45 женщин из II группы с индексом массы тела 33 ± 3,3 [30;44]. Средний возраст пациенток второй группы составил 30 ±4,5 лет, а длительность бесплодия 7 лет. В группу III

включили 31 женщину с избыточной массой тела, средним возрастом 30 ±3,5лет и длительностью бесплодия 5 лет. В I группе ожирение I степени выявлено у 32 (55%) пациенток, ожирение II степени – у 21 (36%) пациентки, ожирение III степени – у 5 (8,6%). Во II группе: 33 (73%), 10 (22%), 2 (5%) соответственно и 31 (100%) пациентка с избыточной массой тела в III группе. Медикаментозное лечение заключалась в назначение гипогликемических препаратов из группы бигуанидов, ингибиторов желудочно-кишечные липазы. Немедикаментозное лечение составляла диетотерапия и физические нагрузки.

Результат

После коррекции ИМТ в первой группе избыточная масса тела снизилась у 22 (38%) женщины, ожирение I степени — у 26(45%), II степени — у 8 (14%), III степени – 2 (3%). Беременность в первой группе была получена у 29 (50%) женщин в протоколах ЭКО, у 11 (19%) в КИО. Во второй группе беременность наступила у 16 (36%) пациенток в программах ЭКО, у 3 (7%) в КИО. Беременность в третьей группе 8 (26%) и 4 (9%) соответственно. Результат не был достигнут в проводимых программах у10% пациенток первой группы, 51% второй группы и 52% третьей группы. Средняя доза гонадотропинов составила 1575МЕ в I группе, 1750 МЕ во II и 1600 МЕ в III группе. Для наступления беременности потребовалась 1,06 попыток ЭКО и 1,7 попыток КИО в первой группе, 1,13 и 2,7 во второй, в третьей 1,13 и 2,8 соответственно. В среднем в протоколах получали 10 ооцитов в первой и третьей группе, во второй — 9, при этом эмбрионов было получено 5 в первой и третьей группе, во второй — 3.

Заключение

В группе женщин с прегравидарной подготовкой чаще наступал желаемый результат в программах ЭКО и при стимуляции овуляции (50% и 19%), с меньшей дозой гонадотропинов и меньшим количеством попыток стимуляции. Снижение веса у пациенток с ожирением и избыточной массой тела на этапе прегравидарной подготовки благоприятно влияет на результат в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

ЭПИЛЕПСИЯ И ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ОТ МЕНАРХЕ ДО МЕНОПАУЗЫ

Токарева Е.Р.

г. Севастополь

Главный специалист – невролог Департамента здравоохранения г. Севастополя, м.р. ГБУЗС «Севастопольская городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», заведующая отделением специализированной медицинской помощи, филиал №2 им. Даши Севастопольской. КМН, доцент кафедры нервных болезней

и нейрохирургии института «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Актуальность

К настоящему времени накоплен большой опыт применения ламотриджина в лечении эпилепсии, изучена его эффективность и переносимость. Результаты клинических наблюдений в лечении фокальной эпилепсии определили эффективность его назначения в качестве монотерапии и политерапии.

Цель

Изучить влияние ламотриджина на динамику фокальных эпилептических приступов, когнитивного поведения, памяти, настроения, самочувствия, активности у девочек пубертатного периода, женщин репродуктивного возраста, беременных, женщин в менопаузе с фокальной эпилепсией, основанное на длительном применении препарата.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 35 пациенток с диагнозом фокальная эпилепсия. В исследование включено 6 девочек в пубертатном периоде (от 12–14 лет), 26 женщин репродуктивного возраста (от 15–49 лет), из них 3 беременные, 3 женщины в возрасте (от 50–65 лет) в постменопаузе.

Ламотриджин назначался в монотерапии в качестве первого ПЭП или при переводе с других ПЭП в связи с низкой эффективностью и/или побочными эффектами предшествующей терапии у 28 пациентов (80%), а также в качестве дополнительного препарата в связи с недостаточной эффективностью основного препарата в 7 (20%) случаях.

Девочкам в пубертатном периоде (от 12 до 14 лет) ламотриджин применялся в монотерапии (n=4), в качественно дополнительно препарата при политерапии (n=2). Женщинам репродуктивного возраста (с 15 до 49 лет) ламотриджин назначен в политерапии (n=5) и в монотерапии (n=21), в том числе 3 беременные, во всех трех случаях ламотриджин был введен, как компонент политерапии. С дальнейшей с постепенной отменой первоначального препарата. Весь период беременности эти пациентки получали монотерапию препаратом ламотриджин. Женщины в менопаузе (от 50 до 65 лет)также получали аналогичную терапию (n=3).

Суточная доза ламотриджин в среднем составила от 75 до 400 мг в 1–2 приема. В исследуемой группе 17 пациенток (48,5%) получают ламотриджин 200 мг один раз в сутки на ночь.

Всем пациентам было проведено обследование, включавшее подробный сбор анамнестических данных, оценку неврологического статуса, краткое нейропсихологическое тестирование (оценка памяти, внимания, уровня развития когнитивных функций), ЭЭГ мони-

торинг. Методы нейровизуализации включали проведение МРТ по эпилептологической программе.

Для определения уровня астении использовали опросник САН, так же субъективную шкалу оценки астении MFI-20. Для определения когнитивных расстройств использовали шкалу MMSE и тест Бурдона.

По показаниям назначалась консультация гинеколога, психиатра. При применении ламотриджин в комбинированной терапии проводилось определение концентрации вальпроевой кислоты или карбамазепина иммуннохемилюминесцентным методом.

Период наблюдения составил от 6 месяцев до 2-х лет.

Результат

Применение препарата ламотриджин оказалось достоверно в группе структурных фокальных эпилепсий. Это клинически доказано снижением количества повторяющихся ЭП у всех пациентов с фокальной эпилепсией при добавлении препарата к назначенным ранее или в монотерапии, а также достоверным уменьшением количества ЭП по сравнению с состоянием до начала терапии ламотриджином. В дальнейшем за весь период наблюдения частота ЭП сокращалась, наступала медикаментозная ремиссия или количество приступов оставалось постоянным.

Ремиссия при приеме препарата ламотриджин достигнута у 25 пациентов (71,4%), уменьшение числа приступов на 50% и более наблюдалось у 6 пациентов (17,1%). Не зарегистрировано ни одного случая аггравации приступов. Ламотриджин был отменен только у 2 пациентов (5,7%) в связи с недостаточной эффективностью и еще у 2 пациентов (5,7%) в связи с побочными эффектами в виде мелкоточечной геморрагической сыпи.

Отмечено положительное влияние препарата ламотриджин на купирование астенических расстройств, улучшения настроения и улучшения когнитивной функции до 75% как в монотерапии, так и в политерапии.

Заключение

Проведенное исследование в условиях реальной клинической практики позволяет рекомендовать ламотриджин для лечения фокальной эпилепсии у девочек пубертатного периода, женщин репродуктивного возраста, беременных, женщин в менопаузе.

РОЛЬ ТИПА ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВОВ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ПОСЛЕ ЭКСЦИЗИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Трищенков О.В., Зароченцева Н.В.

г. Москва

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии

Актуальность

Основными методами лечения цервикальных интраэпителиальных неоплазий высокой степени (HSIL/CIN II-III) являются эксцизионные методы лечения, однако, несмотря на эти существующие современные методы лечения, частота рецидивов CIN II-III остается высокой. Наиболее значимым предиктором развития рецидива CIN является персистенция онкогенных типов ВПЧ в зоне эксзиции шейки матки после лечения. Деление типов ВПЧ в зависимости от канцерогенного потенциала является значимым фактором для прогнозирования течения инфекции, поэтому актуальным является изучение роли различных типов ВПЧ в развитии CIN2+ или HSIL.

Цель

Определить значимость генотипирования вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска после хирургического лечения в развитии рецидивов интраэпителиальных неоплазий шейки матки.

Материалы и методы

Было проведено ретроспективное исследование 105 женщин репродуктивного возраста с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями высокой степени (HSIL), которым проводилось эксцизионное лечение с последующим наблюдением и оценкой ВПЧ-статуса с генотипированием до и после хирургического лечения. В ходе динамического наблюдения пациенткам проводился клинический осмотр, контроль цитологического исследования мазков с экзо-, эндоцервикса (окрашивание гематоксилином и эозином), ВПЧ-тестирование с генотипированием (14 типов) методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (AmpliSens), расширенная кольпоскопия через 3, 6, 12 и 24 месяцев после эксцизионного лечения.

Результат

Обследовано 105 пациенток с диагнозом HSIL, средний возраст которых составил 35,35 ±7,64 года. При проведении ВПЧ-типирования до хирургического лечения общий уровень инфицирования составил 88,6% (93/105). Монотип выявлен у 58 (55,2%) пациенток, сочетание множественных типов – в 35 (33,4%). ВПЧ 16 тип (63,8%), 18 тип (14,3%) и 33 тип (16,2%) были тремя наиболее распространёнными типами ВПЧ. При оценке результата гистологического заключения от типа ВПЧ в 71,4% (75/105) была выявлена HSIL/CIN III, при которой наиболее распространенными генотипами были ВПЧ 16-го типа (76,1%), 18-го типа (73,3%), и ВПЧ 33-го типа (52,9%). В группе HSIL/CIN II наиболее распространенными типами были 56-й и 58-й типы, на долю которых приходилось 50% и 75% соответственно. При гистологической верификации LSIL/CIN I наиболее часто встречающимся типом был ВПЧ 33-го типа (11,8%). После проведенного эксцизионного лечения ВПЧ-позитивными через 3 месяца остались 41,9% (39/93). Из 39 женщин рецидив CIN неоплазии произошел в 53,8% (21/39). ВПЧ 16 тип в 49,3% вызывал рецидивы (33/67), ВПЧ 56 тип в 66,7% (4/6), за ними следовали ВПЧ 18 тип (33,4%, 5/15), ВПЧ 33 тип (52,9%, 9/17) и ВПЧ 31 тип (50%, 4/8). Стоит также отметить, что повторное инфицирование уже после эксцизионного лечения наблюдалось в 13,1% случаев, что в дальнейшем увеличивало риск развития рецидива.

Заключение

Несмотря на наличие достаточно эффективных и безопасных методов эксцизионного лечения HSIL, у части пациенток возникает рецидив заболевания. Значимыми в отношении риска развития рецидивных форм являются 16-й (49,3% 33/67), 18-й (33,4%, 5/15), 31-й (50%, 4/8), 33-й (52,9%, 9/17) и 56-й (66,7%, 4/6) генотипы ВПЧ. Увеличивает риск рецидивирования персистирующая ВПЧ-инфекция в окружающих тканях, реактивация скрытой инфекции или вновь приобретенная ВПЧ-инфекция после эксцизионного лечения. Таким образом, проведение ВПЧ-типирования после эксцизионного лечения HSIL является значимым анализом в прогнозировании риска развития рецидива.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СКРИНИНГА И ПРОФИЛАКТИКИ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Тугай Е.А., Андреева М.В., Лунева А.С., Лихачева А.Ф.

г. Воронеж

ООО «КДФ-Воронеж»

Актуальность

Во всем мире растет число женщин с гестационным сахарным диабетом (ГСД). Женщины с диагнозом ГСД подвержены большему риску возникновения таких осложнений, как

высокое кровяное давление во время беременности и родов. Они имеют повышенный риск развития диабета в дальнейшей жизни. Дети, рожденные у матерей, которым был диагностирован ГСД, могут быть крупнее, чем обычно, и это может привести к травмам матери и ребенка при родах.

Цель

Проанализировать эффективность различных дозировок колекальциферола в профилактике ГСД и скрининговых программ диагностики и коррекции ГСД.

Материалы и методы

Проанализированы индивидуальные карты 56 беременных, стоящих на диспансерном (Д) учете в ООО «КДФ-Воронеж» в 2022 г. Пациентки были разделены на 4 группы. В 1 группу вошли женщины, принимавшие витамин Д до беременности и продолжившие прием в дозировке не менее 2000 МЕ. Во 2 группу вошли женщины, принимавшие поливитамины, содержащие 400 МЕ витамина D и продолжившие прием поливитаминов во время беременности. В 3 группе были беременные, не проходившие прегравидарную подготовку во время беременности и принимавшие витамин D в дозировке 2000МЕ. 4 группу составили женщины, не проходившие прегравидарную подготовку во время беременности и принимавшие поливитамины, содержащие 400 МЕ витамина D.

Результат

46,4% пациенток проходили прегравидарную подготовку, принимая на протяжении 3 месяцев фолиевую кислоту, колекальциферол и калия йодид. При постановке на Д учет всем женщинам был измерен уровень 25 (OH) D и рекомендован прием колекальциферола в дозировке от 400 МЕ или 2000 МЕ в сутки в составе поливитаминных комплексов или в виде отдельного препарата. Случаев дефицита витамина D выявлено не было. В 96,4% случаев проведен глюкозо-толерантный тест (ГТТ) с 75 граммами глюкозы. У 2 беременных диагноз ГСД был выставлен при прохождении обследования в первом триместре. 48 человек прошли скрининг в сроке 24-28 недель беременности, 6 человек – до 32 недель. Благодаря скринингу было выявлено 9 случаев ГСД, что составило 16,0% от общего числа обследованных. Всем женщинам, с выявленным ГСД, были даны рекомендации по питанию, самоконтролю уровня глюкозы. Этого было достаточно для нормализации показателей глюкозы в большинстве случаев. Но в 1 случае потребовалось назначение инсулина. Среди женщин с ГСД 55,5% проходили прегравидарную подготовку. Среди пациенток первой группы ГСД был выявлен в 7,7%случаев. Среди пациенток второй группы ГСД был выявлен в 21,4% случаев, в 3 группе – в16,6% и в 4 группе – в 18,2% случаев.

Заключение

Полученные результаты указывают на эффективность скрининговых программ ГСД. Необходимо проводить скрининг ГСД всем беременным. Обучение врачами акушера-

ми- гинекологами пациенток самоконтролю уровня глюкозы в крови и четкие рекомендации по питанию позволяют снизить нагрузку приема беременных на врачей эндокринологов,,а также улучшить показатели глюкозы и снизить осложнения ГСД. Назначение колекальциферола на прегравидарном этапе в дозировке не менее 2000МЕ с продолжением приема во время беременности обосновано для профилактики ГСД.

Резюме

Анализ индивидуальных карт 56 беременных, находящихся на диспансерном учете, продемонстрировал высокую эффективность скрининговых программ для выявления гестационного сахарного диабета, а применение 2000 МЕ колекальциферола на прегравидарном этапе и во время беременности является хорошим средством профилактики данной патологии.

Summary

An analysis of individual records of 56 pregnant women registered at the dispensary demonstrated the high efficiency of screening programs for detecting gestational diabetes mellitus, and the use of 2000 IU of colecalciferol at the preconception stage and during pregnancy is a good means of preventing this pathology.

ЗАБОЛЕВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ В ГЕНЕЗЕ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Туманова У.Н., Щеголев А.И., Шувалова М.П., Чаусов А.А.

г. Москва

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

Актуальность

Развитие пандемий по инфекционным заболеваниям характеризуется поражением всех групп населения. Особую группу пациентов составляют беременные из-за возможности поражения как самой женщины, так и плода.

Цель

Анализ частоты заболеваний беременных, способствовавших ранней неонатальной смерти в Российской Федерации в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы

В основу работы положен анализ статистических форм А-05 Росстата за 2019-2021 годах, относящихся к ранней неонатальной смерти (РНС). Проведено сравнение частоты регистрации заболеваний и состояний матери, которые согласно записям в медицинских свидетельствах о перинатальной смерти не были связаны с настоящей беременностью, но способствовали (обусловили) смерть новорожденного, в 2020 и 2021 годах (период пандемии COVID-19) и в 2019 году (контрольный период). Показатель РНС рассчитывали как количество умерших новорожденных в первые 168 часов жизни к общему числу детей, родившихся живыми.

Результат

Согласно данным Росстата в целом по Российской Федерации в 2020 и 2021 годах (в период пандемии COVID-19) было зарегистрировано соответственно 2278 и 2179 новорожденных, умерших в первые 168 часов жизни, что на 7,6% и 12,0% меньше по сравнению с 2019 годом. При этом значения показатели РНС снизились на 4,8% и 6,6% соответственно. Заболевания и состояния матери, не связанные с настоящей беременностью, обусловившие РНС среди всех случаев смерти новорожденных в первые 168 часов жизни, в целом по Российской Федерации в 2019 г составили 29,9% наблюдений. В 2020 году доля таких заболеваний по сравнению с 2019 годом увеличилась на 0,2%, а в 2021 году – снизилась на 0,3%. При этом доля зарегистрированных инфекционных и паразитарных болезней снизилась на 0,4% в 2020 году и увеличилась на 2,1% в 2021 году. Наиболее выраженное увеличение количества случаев РНС в 2020 и 2021 годах по сравнению с 2019 годом отмечено в Южном федеральном округе (на 17,2% и 23,4% соответственно). Наиболее значимое снижение числа РНС – Северо-Западном (на 22,7% в 2020 году) и Уральском (на 26,5%) федеральных округах. При этом доля заболеваний матери, не связанных с настоящей беременностью, но обусловивших РНС, увеличилась в наибольшей степени по сравнению с показателями 2019 года в 2020 году в Южном (на 11,2%) и Северо-Западном (на 7,6%) федеральных округах, а в 2021 году – в Южном (на 6,8%) и Северо-Кавказском (на 2,2%) федеральных округах.

Заключение

В 2020 и 2021 годах (период развития пандемии COVID-19) установлено уменьшение по сравнению с 2019 годом как абсолютного количества новорожденных, умерших в первые 168 часов жизни, так и показателей РНС по Российской Федерации в целом. Доля заболеваний матери, не связанных с настоящей беременностью, но способствовавших РНС, практически не изменилась в целом по Российской Федерации, но возросла в отдельных федеральных округах.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ушанова Ф.О., Демидова Т.Ю.

г. Москва

ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова

Актуальность

По данным различных авторов некомпенсированный ГСД сопровождается развитием множества осложнений со стороны матери и плода. Однако опубликованных данных о распространенности ГСД и его осложнений в реальной клинической практике в нашей стране недостаточно.

Цель

Оценить распространенность гестационного сахарного диабета среди беременных женщин ЮВАО г. Москвы, проанализировать основные особенности течения и исходы беременности у женщин с ГСД.

Материалы и методы

Ретроспективный сплошной статистический анализ первичной медицинской документации всех беременных, наблюдавшихся в женских консультациях ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демихова ДЗМ» (10 женских консультаций на территории ЮВАО г. Москвы) с установленным диагнозом гестационный сахарный диабет (ГСД) на разных сроках гестации за за один календарный год (n=510). На основании историй родов 213 женщин с ГСД из общей анализируемой группы, родоразрешившихся в роддоме №8, и историй развития новорожденных оценены основные исходы беременности, частота развития осложнений родов для матери и плода.

Результат

За период одного календарного календарного года ГСД диагностирован 510 беременным женщинам из 5000 наблюдавшихся. Средний возраст женщин составил 31,9±4,8 (ДИ 95% 31,5-32,3). Медиана значений сроков установки диагноза составила 14 [10; 25] недель (минимум – 5 недель, максимум – 39 недель гестации). Чаще всего диагноз устанавливался в 1 триместре беременности – 224 беременным (43,9%), во 2 триместре – 31,8% (162), в 18,6% (95) в 3 триместре. Средние значения глюкозы венозной плазмы – 5,43 [5,25; 5,7] ммоль/л, гликированного гемоглобина – 5,19±0,4% (ДИ 95% 5,15-5,24). Ожирение выявлено у 120 (23,5%) женщин. Для достижения компенсации ГСД преимущественно было достаточно диетотерапии – 84,3%. Осложнения беременности наблюдались у 123 женщин (24,1%): в 64 (12,5%) случаях была диагностирована фетоплацентарная недостаточность

различной степени, преэклампсия различной степени тяжести – 54 установленных диагноза (10,6%), в 1 случае – эклампсия, угроза прерывания беременности – 1,56%, угроза преждевременных родов –1,96%, у 12 беременных (2,35%) – многоводие, в 18 случаях (3,52%) – маловодие. Неблагоприятные исходы беременности зарегистрированы у 153 женщин с ГСД из 213 проанализированных (71,8%): преждевременные роды – в 1 случае из 213 (0,47%), кесарево сечение проводилось в 48 (22,5%) случаев, слабость родовой деятельности – 8,45% случаев, преждевременное излитие околоплодных вод – у 58 (27,2%) женщин. Частота родов крупным плодом (4000 г и более) – 16,43%. В 41,31% случаев – разрывы органов малого таза, у 3 новорожденных – кефалогематома, в 2 случаях – перелом ключицы, дистресс-синдром у 6 новорожденных (2,82%), врожденные пороки развития – у 2 новорожденных, синдром угнетения ЦНС (7,98%) и церебральная ишемия плода – в 8,92% наблюдений. Средний уровень глюкозы венозной плазмы натощак у новорожденных составил 3,66±0,84 (ДИ 95% 3,53-3,78) ммоль/л. У 10 новорожденных (5,92%) выявлена гипогликемия (глюкоза венозной плазмы менее 2,6 ммоль/л).

Заключение

Распространенность ГСД в ЮВАО г. Москвы составила 10,2%, что согласуется с данными различных эпидемиологических работ в других регионах. При этом развитие неблагоприятных исходов беременности остается на высоком уровне. В связи с чем целесообразно проведение дальнейших исследовательских работ, направленных на оценку основных факторов, влияющих на течение и исходы беременности.

ОЦЕНКА ПРОТЕОМНОГО СОСТАВА ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АКТИВИРОВАННОЙ ГЛИЗИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Франкевич В.Е., Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., Алиева Л.Э., Кононихин А.С., Бугрова А.Е., Бржозовский А.Г., Межевитинова Е.А, Чаговец В.В., Стародубцева Н.Л.

г. Москва

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

Актуальность

Длительная персистенция ВПЧ высокого онкогенного риска (ВПЧ ВР) инициирует многостадийный процесс, в результате которого клетки эпителия шейки матки претерпевают изменения, способствующие опухолевой прогрессии. Результаты проведенного исследования A. Farooqui позволили установить, что глицирризин проявлял антипролифератив-

ные и апоптотические свойства в отношении раковых клеток шейки матки, вызывая разрушение митохондриального мембранного потенциала, увеличение генерации АФК, активацию каспаз как внешнего, так и внутреннего пути гибели клеток, а также индукцию остановки клеточного цикла в фазе G0/G1.

Цель

Определение особенностей протеома цервиковагинальной жидкости при ВПЧ-ассоциированных поражениях шейки матки с применением активированной глицирризиновой кислоты (АГК).

Материалы и методы

В исследование были включены 80 ВПЧ-позитивных пациенток в возрасте от 18 до 49 лет с результатами цитологии: NILM, хронический цервицит (группа I, n=40) и LSIL (группа II, n=40). Все пациентки получали препарат с действующим веществом АГК («Эпиген интим спрей») в течение 18 месяцев по протоколу. Протеомный состав ЦВЖ анализировался методом ВЭЖХ-МС/МС в четырех временных точках: до начала терапии, через 6, 12 и 18 месяцев от начала лечения.

Результат

В протеомном исследовании нами было проведено сравнение двух групп образцов ЦВЖ от 10 пациенток после применения АГК: 1-я группа (n=5) – «положительная динамика» (элиминация ВПЧ); 2-я группа (n=5) – «без динамики» (персистенция ВПЧ). При сравнении протеомного состава образцов ЦВЖ в динамике было выявлено изменение 48 белков, уровень 27 белков повышался в группе с положительной динамикой, в то время как уровень 21 белка снижался относительно группы «без динамики». Аннотация белков, увеличивающих свой уровень, выявила их участие в процессах иммунной системы (MPO, AZU1, LYZ, RNASE7, PPL, TXN, CD59, UBA52, CRISP3, ELANE), в частности, во врожденном иммунном ответе (MPO, AZU1, LYZ, RNASE7, TXN, CD59, UBA52, CRISP3, ELANE), а также в процессе дегрануляции нейтрофилов (MPO, AZU1, LYZ, CD59, CRISP3, ELANE), антимикробной активности (AZU1, ELANE).

Заключение

Результаты данного исследования свидетельствуют о влиянии длительного местного применения активированной глицирризиновой кислоты на уровень белков цервиковагинальной жидкости при «малых» поражениях шейки матки, в частности, на снижение провоспалительных белков при элиминации ВПЧ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОМ АКУШЕРСТВЕ

Хаджилаева Ф.Д., Батчаева А.М., Хаджилаев И.Д.

г. Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность

Кесарево сечение, осуществляемое по медицинским показаниям, показало себя как эффективный инструмент снижения материнской и перинатальной смертности. Однако в последние десятилетия отмечается стабильный рост частоты кесарева сечения, как в развитых, так и развивающихся странах, который уже не сопровождается дальнейшим снижением этих показателей, что вызывает озабоченность мирового сообщества. Имеющиеся в настоящее время данные свидетельствуют об отсутствии связи между материнской и перинатальной смертностью и частотой кесарева сечения более 30%.

Цель

Определить и проанализировать группы женщин, которые вносят наибольший и наименьший вклад в общую частоту кесарева сечения.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ 3112 историй родов в РГБЛУ «РПЦ», г. Черкесска. Учету подлежали истории родов родоразрешенных женщин за 2019 г.

Результат

Наибольший вклад группы в общую частоту КС внесла 5 группа – повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе, одним плодом в головном предлежании, ⩾37 недель – 37.7%; наименьший вклад группы в общую частоту КС внесла 9 группа – женщины с одноплодной беременностью, поперечным или косым положением плода, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе – 1.5%. С целью снижения общей частоты кесарева сечения следует направить усилия на уменьшение КС во 2 группе – у первородящих с одним плодом в головном предлежании, ⩾37 недель, индукцией родов или КС до начало родов; и 4 группе – повторнородящие без предыдущего КС с одним плодом в головном предлежании, ⩾37 недель, индукция родов или КС до начала родов.

Заключение

Для оптимизации частоты КС необходимо: проводить регулярный анализ КС, применяя классификацию Робсона. В случаях индуцирования родов основываться на «зрелости» шейки матки, которую можно достичь, используя механические и лекарственные мето-

ды предродовой подготовки (катетер Фолея, мифепристон). При ПРПО применять выжидательную тактику до 12 часов с применением мифепристона.

ИНДУЦИРОВАННЫЕ РОДЫ: ИСХОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Хаджилаева Ф.Д., Хаджилаев И.Д., Батчаева А.М.

г. Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность

Индукция родов (родовозбуждение) – искусственная стимуляция начала родового процесса до спонтанного развития родовой деятельности. Показаниями к родовозбуждению являются: гестоз при отсутствии эффекта от лечения, перенашивание (срок гестации более 287 дней), программированные роды у беременных высокой группы перинатального риска, заболевания матери, при которых пролонгирование беременности приведет к перинатальной и материнской заболеваемости и смертности (сахарный диабет, хроническая артериальная гипертензия и др.), мертвый плод, резус-сенсибилизация и гемолитическая болезнь плода.

Цель

Изучить особенности течения беременности и родов, состояния новорожденных при индуцированных родах.

Материалы и методы

Истории родов с индуцированными родами и со спонтанно развившимися родами на базе акушерско-обсервационного отделения, перинатального центра, г. Черкесска за декабрь, 2019 г.

Результат

Показаниями для родовозбуждения наиболее часто являются фетоплацентарная недостаточность (49.1%) и преждевременное излитие околоплодных вод при отсутствии регулярной родовой деятельности (19.2%). Несмотря на то, что индуцированные роды проводятся у беременных с высоким риском акушерских и перинатальных осложнений, их исходы сопоставимы с исходами спонтанно развившихся родов. При «зрелой» шейке матки наиболее эффективным и безопасным методом индукции родов является амниотомия, так как реже встречаются акушерские осложнения, частота абдоминального родоразрешения составляет 13.3%. При «недостаточно зрелой» и «незрелой» шейке матки в 16.2% случаев родовозбуждение бывает неэффективно, в 51.4%-недостаточно эффектив-

но, в 32.4%-эффективно,что требует тщательного подхода к определению возможности проведения индукции родов у этих беременных. Количество новорожденных с заболеваниями при проведении индуцированных родов принципиально не отличается от такового при спонтанных родах. Из акушерского анамнеза превалировали – АГП (21.74%), неразвивающаяся беременность (8.7%) Факторы риска АГП: ПИОВ (34.78%); ИМВП и ОРВИ по (17.39%); анемия (60.87%); отслойка плаценты и ХФПН по 39.13% случаев от общего числа антенатальной смертности Со стороны плода: ЗВРП – 34.77% Со стороны плаценты: воспалительные изменения в плаценте (80.5%), преждевременное созревание плаценты (13.8%) и патологическая незрелость плаценты (5.5%).

Заключение

Женщинам с АГП в анамнезе на протяжении беременности следует посещать консультации акушер-гинекологов и врачей смежных специальностей чаще, чем женщинам с предшествующим физиологическим течением беременности. Проводить комплексное обследование женщин на этапе прегравидарной подготовки для своевременного выявления факторов риска антенатальной гибели плода. Проводить лечебные мероприятия с целью профилактики осложнения беременности.

РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДАКТИВИРОВАННЫХ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Харченко Д.К., Мирзабекова Д.Д., Асташкин Е.И., Тютюнник Н.В., Караваева А.Л., Навроцкий В.М., Кан Н.Е.

г. Москва

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

Актуальность

Актуальным является поиск новых маркеров развития преэклампсии. Феномен праймирования нейтрофилов развивается задолго до начала клинических проявлений симптомов преэклампии и может быть выявлен с помощью инструментальных методов в образцах крови пациенток. С током крови предактивированные фагоциты распространяются по всему организму, разрушают слой эндотелиальных клеток микрососудов, формируют порочные циклы, важную роль в которых играет подавление апоптоза нейтрофилов.

Цель

Изучить содержание предактивированных нейтрофилов в периферической крови при преэклампсии.

Материалы и методы

В исследование включены 14 женщин с преэклампсией (основная группа – I) и 15 женщин с физиологически протекающей беременностью (контрольная группа – II) и 11 небеременных женщин (для получения нормативных значения). Выделяли нейтрофилы из крови, полученной из локтевой вены (антикоагулянт гепарин 35 МЕ/мл), на двухступенчатом градиенте фиколл-гипак. Эритроциты разрушали с помощью гипотонического лизиса. Нейтрофилов в суспензиях было не менее 96%. Живые клетки в тесте с трипановым синим составляли 94%. Готовили суспензии содержали 1х106 клеток/мл. В качестве стимулятора использовали формил-метионил-лейцил-фенилаланинин (fMLP, 2 мкМ). Образование радикалов кислорода регистрировали с помощью люминофора – люцигенина (30 мкМ) на хемилюминометре «Биотокс-7» (Россия) в имп/сек. Определяли максимальную амплитуду образования радикалов, время ее достижения, а также свето-сумму за фиксированный период времени.

Результат

В суспензиях клеток небеременных женщин отмечалось монотонное «спонтанное» увеличение образования радикалов кислорода с очень низкой скоростью. У здоровых беременных скорость возрастает в 1,3 раза ($p>0,05$). Скорость «спонтанной» генерации радикалов кислорода резко возрастала у беременных с преэклампсией. В этой группе образование радикалов кислорода достигает максимальных значений и выходит на плато через 24±7 мин. По-видимому, «спонтанное» образование радикалов обусловлено стимуляцией исходно праймированных нейтрофилов в результате их адгезии на стенках кюветы. Для проверки этого предположения к суспензиям добавляли стандартный стимулятор fMLP, который выраженным образом стимулировал генерацию радикалов кислорода нейтрофилами при преэклампсии. Следует отметить, что как у небеременных женщин, так и у здоровых беременных fMLP значительно слабее увеличивал уровень радикалов по сравнению с ответами нейтрофилов при преэклампсии.

Заключение

Потенциирование ответа на формил пептид на фоне «спонтанной» стимуляции нейтрофилов беременных женщин с преэклампсией свидетельствует о присутствии в их периферической крови праймированных клеток. Такой суммарный ответ позволяет предположить, что механизм стимуляции нейтрофилов в результате адгезии на стенке кюветы и при действии fMLP разный, носит аддитивный характер и осуществляется с помощью разных процессов.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ МАРКЕРАМИ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Хрущ Л.В., Манухин И.Б.

г. Павловский Посад

ГБУЗ МО «Павлово-Посадская ЦРБ»

Актуальность

Гипертензивные расстройства осложняют около 5–10% беременностей. К наиболее грозными и быстро прогрессирующим осложнениям относят преэклампсию и эклампсию, являющиеся одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности в мире. Гипертензия и протеинурия продолжают оставаться ведущими факторами риска, ассоциируемыми с мертворождением. Кроме того, преэклампсия является одной из значимых причин, индуцирующих преждевременные роды с низким весом плода при рождении. Ученые во всем мире продолжают поиск ранних предикторов преэклампсии и их комбинаций. Многие исследования направлены на изучение эффективности биохимических маркеров, связанных со звеньями патогенеза преэклампсии.

Цель

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

Материалы и методы

В исследовании участвовали беременные женщины, находившиеся на диспансерном наблюдении в ГБУЗ МО «Павлово-Посадской ЦРБ». В сроке 11-13 недель, помимо стандартных показателей пренатального скрининга первого триместра (PAPP-A и β- ХГЧ), проводился дополнительное определение уровней ADAM12 (дезинтегрина и металлопротеиназы 12) в сыворотке крови и анализ клинико-анамнестических данных.После родов все пациентки были разделены на 2 группы. В I-ю группу были включены 19 женщин с преэклампсией (согласно МКБ-10 и Федеральным клиническим рекомендациям «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде.» (2021 год)). Во II-ую (контрольную) группу были включены 38 пациенток с физиологическим течением беременности и родов. Прогностическая модель построена при помощи ROC-анализа в программе SPSS Statistics 24.

Результат

Среднее значение ADAM12 в группе I равно 1,78±0,2 нг/мл (медиана 1,92 нг/мл), во IIгруппе 0,7±0,3 нг/л (медиана 0,82 нг/мл). При расчете площадь под ROC кривой, соответствующей взаимосвязи прогноза развития преэклампсии и ADAM-12, составила 0,758±0,058 с 95% доверительным интервалом 0,644–0,872. Полученная прогностическая модель была статистически значимой (p<0,0001).Пороговое значение ADAM-12 в точке cut-off равно 1,35 нг/мл. При ADAM-12 равном или превышающем данное значение прогнозировался высокий риск развития преэклампсии. Чувствительность и специфичность метода составили 68,0% и 78,0% соответственно. Во всех исследуемых группах также изучались клинико-анамнестические данные, в результате был выделен ряд факторов, существенно отличающих пациенток с преэклампсией средней тяжести от контрольной группы, среди них: преэклампсия в анамнезе, инфекции мочевыводящих путей и артериальная гипертензия до беременности, высокие значения ИМТ в начале беременности, высокие цифры САД в ранние сроки беременности и угроза преждевременных родов. При выявлении этих факторов беременные могут быть отнесены к группе риска по клиническим критериям с чувствительностью 69,6% [64,7%–75,7%] и специфичностью 86,1% [81,6%–90,3%].

Заключение

Согласно результатам исследования, повышенная концентрация ADAM12 в плазме у женщин в сочетании с факторами риска может являться маркером высокого риска развития преэклампсии. Практическое применение предложенного метода позволит улучшить выявление групп высокого риска по развитию преэклампсии средней тяжести, своевременно решать вопрос о госпитализации данных пациенток для снижения частоты неблагоприятных исходов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИПИДОМА ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Чаговец В.В., Назарова Н.М., Стародубцева Н.Л., Рамазанова Л.К., Довлетханова Э.Р., Межевитинова Е.А., Мухамбеталиева Д.Д., Франкевич В.Е.

г. Москва

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

Актуальность

При неопластической трансформации эпителия шейки матки выявляются количественные и качественные изменения показателей уровня различных низкомолекулярных соединений, включая липиды в пораженных клетках. Липидомный анализ пораженного

эпителия шейки матки с помощью метода хромато-масс-спектрометрии рассматривается как высокоточный метод для поиска биомаркеров ранней и дифференциальной диагностики предраковых заболеваний и рака шейки матки.

Цель

Изучение липидомного состава эпителия шейки матки при ВПЧ-ассоциированных поражениях для определения маркеров ранней неинвазивной диагностики неопластических поражений шейки матки.

Материалы и методы

В исследование были включены 124 пациентки репродуктивного возраста, были сформированы 5 групп: NILM/ВПЧ- (контроль, n=8); хронический цервицит/ВПЧ+ (n=29); LSIL/ВПЧ+ (n=32); HSIL/ВПЧ+ (n=32); РШМ (n=23). Взятие соскобов с эпителия шейки матки и цервикального канала проводилось с использованием цервикальной щёточки. Липидный экстракт соскоба анализировался с использованием хромато-масс-спектрометрии в режимах положительных и отрицательных ионов. Поиск потенциальных маркеров осуществлялся с использованием теста Манна-Уитни и анализа проекций на скрытые структуры.

Результат

В режиме положительных ионов разница в липидных профилях между группой NILM и HSIL характеризовалась повышением уровня фосфатидилхолинов (PC), холестериновых эфиров (CE) и понижением уровня триацилглицеридов (TG): PC 16:0_20:5; PC 16:0_18:1; CE 24:1; TG 16:0_16:0_18:0. Аналогично в режиме отрицательных ионов различия между NILM и РШМ наблюдались в повышении уровня фосфатидилхолинов (PC) и сфингомиелинов (SM) при РШМ: PC O-16:0/16:0; SM d16:0/18:2. В группах хронический цервицит и LSIL по сравнению с группой NILM, отмечается более высокий уровень лизофосфатидилхолинов (LPC): LPC 18:2; LPC 18:1. Уровни холестериновых эфиров (CE) также понижаются при HSIL и LSIL относительно воспаления: CE 24:1 и CE 18:1, но повышаются при РШМ: CE 18:1. Идентифицированы липиды, относящиеся к классам холестериновых эфиров (CE), фосфатидилхолинов (PC), церамидов (Cer) и сфингомиелинов (SM), которые делают потенциально возможным дифференциальную диагностику состояний NILM/цервицит/LSIL/HSIL/РШМ. Итоговая модель имела точность 79% и высокую прогностическую способность для диагностики цервицита и РШМ и среднюю для LSIL относительно нормы.

Заключение

Поражения эпителия шейки матки, ассоциированные с ВПЧ ВР, сопровождаются значимыми изменениями уровня липидов в соскобе эпителия (PC; SM, LPC, CE, Cer, TG), которые могут рассматриваться в качестве потенциальных биомаркеров для ранней неинвазивной диагностики HSIL и РШМ.

АКУШЕРСКИЕ И УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕССАРИИ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРОЛАПСА: НОВЫЕ РОССИЙСКИЕ МОДЕЛИ, НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Шнейдерман М.Г.

г. Москва

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

Актуальность

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

Цель

В ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова» разработаны новые виды урогинекологических и акушерских пессариев доктора Шнейдермана, которые выполнены из высококачественного медицинского силикона различной твердости по Шору, определенной упругости и плотности, специально подобранного для оптимального использования.

Материалы и методы

В ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова» разработаны новые виды урогинекологических и акушерских пессариев доктора Шнейдермана, которые выполнены из высококачественного медицинского силикона различной твердости по Шору, определенной упругости и плотности, специально подобранного для оптимального использования.

Результат

Испытания модифицированной модели урогинекологического пессария, проведенные на 560 женщинах с диагностированным опущением органов малого таза, показали их высокую надежность и эффективность.

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

Надежной профилактикой преждевременных родов при истмико-цервикальной недостаточности является применение акушерского пессария. Изучение имеющихся разновид-

ностей акушерских пессариев выявило ряд недостатков в их конструкции и возможных осложнений при использовании: чувство дискомфорта, боли, смещение и выпадение, обильные влагалищные выделения и образование пролежней на стенке влагалища. В ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» разработаны и тестированы новые модели акушерских пессариев доктора Шнейдермана, отличительной особенностью которых является наличие четырех полукруглых вырезов с внешней поверхности кольца с симметричным расположением и четырех полукруглых выпуклостей с внутренней стороны кольца. Имеются семь преимуществ новой модели перед существующими образцами:

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

Оптимальное время использования пессария – от 17 недель до 37 недель беременности.

Испытания новой модели акушерского пессария, проведенные на 546 беременных женщинах, (при сроках от 18 до 34 недель беременности) с диагностированной ИЦН показали их высокую надежность и эффективность. Принципиально новой является модифицированная модель послеродового пессария с четырьмя вертикальными силиконовыми «лепестками», исходящих от нижней поверхности кольца не дающих пессарию сместиться и надежно удерживающие тело матки в правильном анатомическом положении.

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.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАП-ТЕСТА У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ РЕПРОДУКТИВНОГО И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДОВ

Щеглов Б.О., Рева Г.В.

г. Владивосток

Дальневосточный федеральный университет, Медицинский центр, г. Владивосток

Актуальность

Рак шейки матки (РШМ) является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний среди женщин во всем мире. Тест Папаникалау (Пап-тест) является широко используемым методом скрининга рака шейки матки. Женщины обычно начинают проходить мазок Папаниколау после начала половой жизни или по достижении ими возраста 21 года. Однако частота и эффективность мазков Папаниколау во время репродуктивного и постменопаузального периодов до сих пор неясны. Поэтому очень важно сравнивать результаты Пап-теста в эти два периода, чтобы оптимизировать скрининг рака шейки матки.

Цель

Целью данного исследования является проведение литературного сравненительного обзора результатов Пап-теста во время репродуктивного и постменопаузального периодов для оценки его эффективности в выявлении аномалий шейки матки в эти два разных периода жизни женщины.

Материалы и методы

Данный обзор влкючал в себя изучение электронных баз данных Elibrary, Cochrane, PubMed и Scopus. Основные термины, которые использовались при поиске информации в рассматриваемых базах данных: рак шейки матки, Пап-тест, цитология, гинекология, постменопауза, репродуктивный период. Всего было проанализировано 7 оригинальных статей, 2 обзора, в которых было рассмотрено 250 Пап-тестов женщин данных возрастных категорий, по 125 тестов в каждой группе соответственно. Результаты теста Папаниколау были классифицированы по классификационной шкале Bethesda от 2014 г. как доброкачественные, ASC-US, LSIL, HSIL или карцинома in situ. Данные были проанализированы с использованием описательной статистики и критерия Хи-квадрат для сравнения распределения результатов между двумя группами пациентов.

Результат

Средний возраст женщин в репродуктивный и постменопаузый периоды составил 15,8 и 59,2 года соответственно. Общая распространенность аномальных результатов теста Папаниколау была значительно выше в период постменопаузы (26%) по сравнению с репродуктивным периодом (8%) ($p < 0,05$). Распространенность ASC-US и LSIL была значительно выше в постменопаузе (14% и 8%) по сравнению с репродуктивным периодом (3% и 5%) ($p < 0,05$). Тем не менее, не было существенной разницы в распространенности HSIL и карциномы между двумя группами пациентов.

Заключение

Результаты этого исследования показывают, что распространенность аномальных результатов теста Папаниколау выше в постменопаузе по сравнению с репродуктивным

периодом. Поэтому регулярные мазки Папаниколау в постменопаузе имеют решающее значение для раннего выявления и лечения аномалий шейки матки во взрослой возрастной группе. Однако распространенность HSIL и карциномы была одинаковой в обеих группах, что указывает на то, что риск развития рака шейки матки не обязательно выше в постменопаузе. Поэтому необходимы дальнейшие исследования для определения оптимальной частоты Пап-тестов в постменопаузе для улучшения скрининга и профилактики рака шейки матки.

КАК СОХРАНИТЬ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ 40-45 ЛЕТ (ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТ «ОРХИДЕЯ» ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ ЖЕНЩИН 40+)

Эверстова А.В., Максимова Т.В., Лукачевская А.В., Дуглас Н.И.

г. Якутск

ГАУ РС(Я) «Поликлиника №1», кафедра акушерства и гинекологии Факультета последипломного обучения врачей Медицинского института СВФУ

Актуальность

Сложность ведения женщин позднего репродуктивного возраста, заинтересованных в активной социальной реализации, сопряжена с необходимостью сохранности метаболических ресурсов и минимизации рисков гинекологических и опухолевых заболеваний. Необходимость стандартизованной комплексной помощи региональной выборке женщин особенно актуальна с учетом климатических условий Крайнего Севера (низкие температуры, резкие колебания барометрического давления и содержания кислорода), оказывающих хроническое стрессовое воздействие на организм.

Цель

Изучить региональную заболеваемость женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста г. Якутска, возможность сохранения и улучшения качества жизни на примере работы кабинета «Орхидея».

Материалы и методы

С апреля 2022 г. на базе ГАУ РС(Я) «Поликлиника №1» в кабинете по обследованию женщин старше 40 лет «Орхидея» реализована программа, предусматривающая: 1. Оказание квалифицированной консультативной и лечебно-профилактической помощи, направленной на раннюю диагностику заболеваний органов малого таза (шейки матки, матки, яичников), молочных желез, органов эндокринной секреции, сердечно-сосудистой системы. 2. Стандартный объем обследования включал общий и биохимический анализ крови, он-

комаркеры CA125, Ca15-3, РЭА, гормоны крови (на 3 день менструального цикла – ЛГ, ФСГ, эстрадиол, пролактин), забор мазков на цитологию, на ВПЧ 16 и 18 типа, маммографию, ультразвуковое исследование органов малого таза, ЭКГ.

Результат

Комплексное обследование в кабинете «Орхидея» прошли 1478 женщин от 40 лет и старше (40–49 лет – 780 (52,8%), 50–59 лет – 530 (35,8%), 60 лет и выше – 168 (11,4%).

У 455 (31%) женщин старше 40 лет выявлены менопаузальные проявления в виде вазомоторных нарушений (приливы), психоэмоциональные – у 270 (18%), урогенитальный синдром – 180 (12%). У 206 (14%) женщин диагностирована миома матки, 10 (0,8%) пациенток – фиброзно-кистозная мастопатия, эндометриоз – у 134 (9%), киста яичника – 40 (3%). Впервые были диагностированы полипы цервикального канала – 28 (2%), предраковые заболевания шейки матки – 5 (0,3%), гиперпластические процессы эндометрия – 72 (5%) пациенток, опущения половых органов – 13 (0,9%).

Отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы, потребовавшие в дальнейшем консультации смежных специалистов, определены у 210 (14%) женщин, эндокринные расстройства (метаболический синдром, ожирение различной степени) – 67 (4,5%).

Выявление отклонений в результатах лабораторно-инструментальных исследований выступало основанием для направления к участковым специалистам – гинекологам, терапевтам, эндокринологам для назначения соответствующего лечения.

Заинтересованность в беременности 59 (4%) женщин в возрастной группе старше 40 лет определило необходимость для расширенного обследования и дифференциации контингента, нуждающегося в консультации репродуктолога.

Все услуги предоставляются женщинам бесплатно в рамках ОМС.

Заключение

Возможность улучшения качества жизни женщин старшей возрастной группы на региональном уровне достигается внедрением программы комплексного обследования и дифференциации потоков, нуждающихся в дообследовании и помощи профильных специалистов, выявления контингента группы риска онкозаболеваний.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТО-ИК-СВЕТО-ЛАЗЕРА И ОЗОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕАБОРТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Эседова А.Э., Исламова А.Ю., Магомедова Т.С., Мамедов Ф.С.

г. Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала

Актуальность

Поиск эффективных методов профилактики и лечения постабортных осложнений ведется многими исследователями. Большинство работ посвящено лечению уже развившихся осложнений аборта.

В настоящее время на основании экспериментальных и клинических исследований установлены высокая эффективность и широкий спектр действия магнито-ИК-свето-лазера и медицинского озона при многих патологических состояниях, в том числе при акушерско-гинекологических заболеваниях.

Цель

Повысить эффективность мероприятий, позволяющих сократить количество осложнений при искусственном прерывании беременности в I триметре.

Материалы и методы

Обследовано и пролечено 124 больных после медаборта, которые разделены на 3 группы. В основной группе I 52 (42,0%) женщины, которым для профилактики осложнений аборта с антибиотиками применяли магнито-ИК-свето-лазер и озон. В основной группе II 24 (19,3%) пациенток, которым в связи с дисбактериозом, аллергическими реакциями, лекарственной болезнью применяли магнито-ИК-свето-лазер и озон, без антибиотиков. Контрольную подгруппу составили 48 (38,7%) больных, которым не проводилась профилактика осложнений после аборта.

Эффективность комплексной профилактики осложнений после медицинского аборта, включающего антибактериальную, магнито-ИК-свето-лазерную и озонотерапию, оценивали по клиническим данным, результатам лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результат

Для эффективности профилактики осложнений после медицинского аборта проводили обследование пациенток на 1–2 сутки после прерывания беременности, после первой менструации, через 3 и 6 месяцев после аборта.

При этом мы оценивали следующие симптомы: боли, характер выделений, температурную реакцию, результаты УЗИ органов малого таза, сроки наступления и характер первой менструации после прервавшейся беременности, восстановление репродуктивной функции.

Примененные с профилактической целью современные технологии (магнито-ИК-свето-лазер и медицинский озон) обладают седативным и болеутоляющим действием, что выражается в отсутствии болевого синдрома в первые сутки после искусственного аборта.

Следующее исследование проведено на 7 сутки после аборта, т.е. после проведенных профилактических мероприятий, и через 14 дней после искусственного прерывания беременности. Здесь мы оценивали наличие кровянистых выделений из половых путей, состояние полости матки, обострение воспалительного процесса в половых органах, явление дисбактериоза.

В течение первой недели после производства медицинского аборта пациенток в основной группе I и II отсутствовали кровянистые выделения из половых путей и не было обострения воспалительных процессов, в то время как в контрольной группе у 1 (2,0%) пациентки имело место обострения хронического двустороннего сальпингоофорита.

Через две недели по 1 пациентке (2,0% и 4,1% соответственно) в основной группе I и II отмечено обострение хронического воспалительного процесса, в то время как в контрольной группе у 3 (6,2%) обострился хронический эндометрит и двусторонний аднексит.

При контрольном исследовании женщин после первого цикла, анализируя характер первой менструации после искусственного прерывания беременности, можно отметить практически нормальная менструация у женщин основной группы I, в то время как, у 1 (4,1%) основной группы II и у 19 (39,5%) контрольной группы она была обильной. Болезненную менструацию отметили 3 (5,8%) женщин основной группы I, 2 (8,3%) основной группы II и 22 (45,9%) контрольной группы.

Заключение

Таким образом, исследования проведенные после искусственного прерывания беременности в первые сутки, через 7, 14 дней и после менструации показали, что магнито-ИК-свето-лазер и медицинский озон обладает болеутоляющим и седативным эффектом, оказывает противовоспалительное действие. мобилизуют защитные силы организма и обеспечивает иммуно- и гормонально-корригирующее действие.

СОДЕРЖАНИЕ

3 ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ КАК ИНДИКАТОР ДЛЯ ДНК ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА У БЕРЕМЕННЫХ
Абдрахманова Л.Р.

4 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ, ПРИНИМАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ
Аверкова В.Г., Юренева С.В.

6 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПЛАЗМАФЕРЕЗА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВЫСОКОГО УРОВНЯ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ
Агабекян В.С., Токарева В.В., Каракуц К.А., Сорочинский М.А., Голубев В.В., Арабаджан С.М.

7 КОРРЕКЦИЯ УРОВНЯ АНТИСПЕРМАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ БЕСПЛОДИИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ПЛАЗМАФЕРЕЗА
Агабекян В.С., Ужакин В.В., Токарева В.В., Сорочинский М.А., Каракуц К.А., Карташева С.В., Арабаджан С.М.

8 ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Андреева М.В., Захарова К.И.

10 ПРЕИМУЩЕСТВА ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ
Артошина Е.А., Левкова О.Ю., Полякова Н.А., Працук С.А.

12 ПРЕИМУЩЕСТВА НОЖЕВОЙ КОНИЗАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ
Артошина Е.А., Левкова О.Ю., Полякова Н.А., Працук С.А.

13 ВАГИНАЛЬНЫЕ РОДЫ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ
Аязбеков А.К., Нурхасимова Р.Г., Аязбекова А.Б.

14 ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОЖДАЕМОСТИ И РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В РЕГИОНЕ
Бадаева А.А.[1], Белова П.С.[1], Волков В.Г.[1,2], Кастор М.В.[1]

16 ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ
Бадретдинова Ф.Ф., Михайлова Г.Н.

18 К ВОПРОСУ О РОЛИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА В ГЕНЕЗЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Бегова С.В., Эседова А.Э.

20 К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ПРЕПАРАТА СУКРОСОМАЛЬНОГО ЖЕЛЕЗА С ВИТАМИНОМ С НА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН
Бегова С.В., Эседова А.Э.

22 К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ МУТАЦИИ ГЕНА ИНГИБИТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА (PAI – 1) НА ВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ПЛОДА
Бегова С.В., Эседова А.Э., Идрисова М.А.

24 ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ МИОМЫ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Буянова С.Н., Сон Д.Ю., Щукина Н.А., Бабунашвили Е.Л., Чечнева М.А., Шугинин И.О., Коваленко Т.С., Юдина Н.В., Щербатых М.Г., Глебов Т.А.

25 СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
Васильева Э.Н., Денисова Т.Г., Левицкая В.М., Амирова Т.Х., Денисов М.С., Сидорова Т.Н.

27 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ
Волочаева М.В., Гасымова Ш.Р., Солдатова Е.Е., Леонова А.А., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.

29 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОИМПЕДАНСНОГО МАММОГРАФА ДЛЯ СКРИНИНГА НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Гаврилова Н.П.[1], Селиверстов П.В.[2], Шаповалов В.В.[4], Ястребов А.В.[3]

31 ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D И ЕГО ВОЗМОЖНОЕ ВЛИЯНИЕ НА МАССУ ТЕЛА И ЕЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Гибадуллина Я.Э., Покусаева В.Н., Габор Н.В.

32 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ
Гохберг Я.А., Тимофеева А.В., Федоров И.С., Калинина Е.А.

34 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Грызлова Н.Ю.[1,2], Сенаторова Л.В.[1], Лохмачева Е.А.[1], Горшкова И.А.[1]

35 ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙОМИОМ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА
Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин В.В.

37 АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19
Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин В.В.

38 ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА D У БЕРЕМЕННЫХ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ
Денисова Т.Г., Васильева Э.Н., Сидоров А.Е., Денисова Е.А., Левицкая В.М., Сидорова Т.Н.

40 ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛАКТАЦИИ
Дражина О.Г., Волотовская А.В., Савицкая В.М., Илькевич Н.Г.

42 СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ
Епифанова Ю.В., Денисова Т.Г., Григорьева А.С., Денисов М.С., Садардинова Р.Р., Денисова Е.А.

44 ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ НА ОСНОВЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ СИСТЕМЫ С ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛОМ
Иванов И.А., Чернуха Г.Е., Асатурова А.В.

45 ОЦЕНКА МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА
Исламова А.Ю., Эседова А.Э.

46 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДНЕКСИТА ПОСЛЕ АРТИФИЦИАЛЛЬНОГО АБОРТА
Исламова А.Ю., Эседова А.Э., Мамедов Ф.С.

48 ПРИМЕНЕНИЕ 3Д-ОПУХОЛЕВЫХ СФЕРОИДОВ В DRUG DISCOVERY
Кавиладзе М.Г., Леваков С.А.

49 ОЦЕНКА ПИКОВ ПОЛОС ПОГЛОЩЕНИЯ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА МИОМЫ МАТКИ

Камилова Н.М., Сафарова С.С.

51 ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА В ТЕРАПИИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Камилова Н.М., Султанова И.А., Сафарова С.С.

52 ЭФФЕКТ НИЗКИХ ДОЗ АСПИРИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАННЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Каюмова Д.Т., Набиева Р.М., Атаходжаева Ф.А.

54 БЕСПЛОДИЕ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУПРУЖЕСКИХ ПАР И ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Киракосян Е.В.

55 ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ КАК ПРИЧИНА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ковалева Ю.В.

57 ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОК С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА

Ковалева Ю.В.

59 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Копысова Е.Д., Голенищева Т.В., Тихонова Н.В.

60 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ

Краснова И.А., Аксенова В.Б., Кудимова М.А., Тимофеева Е.Г.

62 ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ, ПЕРЕНЕСШИХ МИОМЭКТОМИЮ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫМ ДОСТУПОМ

Краснова И.А., Есипова И.А., Хашиева Ф.М., Базалий О.А.

63 АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ
Кухарчик Ю.В.[1], Кузьмич И.И.[2]

65 БЕЛКИ-МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА ПРИ ЗРП
Леонова А.А., Борисова А.Г., Гусар В.А., Волочаева М.В., Кан Н.Е., Хачатрян Э.В.

67 ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ ПРИ ОКСИДАТИВНОМ СТРЕССЕ
Линева О.И., Казакова А.В., Дуфинец И.Е., Шатунова Е.П.

68 НЕИНВАЗИВНАЯ КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДНК ЭМБРИОНОВ В ОТРАБОТАННОЙ КУЛЬТУРАЛЬНОЙ СРЕДЕ
Лисицына О.И., Сыркашева А.Г., Макарова Н.П., Красный А.М., Долгушина Н.В.

70 ИСХОДЫ РОДОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
Лобачевская О.С.[1], Никитина Е.В.[1], Васильева Л.Н.[1], Дорошевич В.В.[2]

71 ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В УПРАВЛЕНИИ РЕПРОДУКТИВНЫМ ВЫБОРОМ
Малышкина А.И., Кулигина М.В., Песикин О.Н.

73 ПРЕДИКЦИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ОСНОВАНИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДНК И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БЕЛКА VDAC1
Меджидова М.К., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Высоких М.Ю., Донников А.Е.

74 КОМБИНИРОВАННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦИТОКИНОВ И ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ДНК ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Меджидова М.К., Тютюнник В.Л., Красный А.М., Кан Н.Е., Салпагарова З.Х., Вторушина В.В., Кречетова Л.В.

76 ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ В ТЕЧЕНИЕ МЕНОПАУЗЫ РАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ
Милош Т.С., Гладкий М.Л.

77 ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВЕНЕЙ КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА ПЕПТИДА-ПРЕДШЕСТВЕННИКА BNP И ЭНДОТЕЛИНА -1В УСЛОВИЯХ КОРРЕГИРОВАНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ
Милош Т.С., Шулика В.Р.

79 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВУХЭТАПНОЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛИНДАМИЦИНА И МОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ
Минакова А.Д., Джибладзе Т.А., Хохлова И.Д., Зуев В.М.

81 ИЗМЕНЕНИЕ СОСТАВА МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Мирзабекова Д.Д., Красный А.М., Караваева А.Л., Тютюнник Н.В., Михайлова О.И., Сергунина О.А., Поляков Н.А., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.

83 ГЕРОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛОВЫМИ СТЕРОИДАМИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НЕЯТРОГЕННОГО ГИПЕРГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА
Михеев Р.К.[1], Мельниченко Г.А.[1], Андреева Е.Н.[1,2], Григорян О.Р.[1], Шереметьева Е.В.[1], Абсатарова Ю.С.[1], Орлова Я.А.[3]

84 ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛЯ ЭКСПРЕССИИ МИКРОРНК В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
Морозова Е.А., Никитина Н.А., Агеев М.Б.

86 МАНИФЕСТАЦИЯ ТРОМБОФЛЕБИТА ПОДКОЖНЫХ ВЕН, КАК ФАКТОР РАННЕЙ ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТИ В ГИНЕКОЛОГИИ
Мурасов Т.М., Казбулатов С.С., Мурасов А.М.

88 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИДУКЦИИ РОДОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ С ВОЗМОЖНОСТЬЮ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Мухторова С.А., Камилова И.А.

89 РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СОПОСТАВЛЕНИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ
Назарова Н.М., Асатурова А.В., Стародубцева Н.Л., Абакарова П.Р., Мгерян А.Н., Рамазанова Л.К., Алиева Л.Э., Мухамбеталиева Д.Д., Аттоева Д.И., Шешко П.Л.

91 ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК ДО И ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗНЫХ ВИДАХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ
Недень Л.Ч., Дражина О.Г., Савицкая В.М.

92 НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ
Неклюдова А.В., Андреева М.В.

94 ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАКТИНОМОЙ ГИПОФИЗА
Никитина Е.В.[1], Васильева Л.Н.[1], Лобачевская О.С.[1], Касабуцкая Т.И.[2], Ганусевич Н.В.[2]

96 ВЛИЯНИЕ ТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН
Никитина Е.В.[1], Лобачевская О.С.[1], Васильева Л.Н.[1], Никитина Д.А.[2], Писаренко Е.А.[2]

98 ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН С ХОРИОАМНИОНИТОМ И ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК
Нурымбетова Д.С., Мазумова Н.М., Каюмова Д.Т.

99 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ СТУДЕНТКАМИ МЕДИКАМИ
Огадерова Н.А., Свидинская Е.А., Агеев М.Б.

101 СОСТОЯНИЕ ТОПИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЦЕРВИЦИТЕ
Одыванова А.А., Межевитенова Е.А., Донников А.Е., Уруймагова А.Т.

102 РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ РЕМОДЕЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНИТОУРИНАРНЫМ МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ
Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Хрипач Е.А.

104 СТРАТЕГИЯ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ: ГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИЛИ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ
Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Хрипач Е.А.

106 КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ГУМС. РОЛЬ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ
Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Хрипач Е.А.

108 МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Орынбаева С.А., Нормуродова Н.М., Ахралов Ш.Ф.

110 ОСОБЕННОСТИ ПАРАДОКСАЛЬНОГО ОТВЕТА В ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ПРОГРАММ ЭКО С УЧЕТОМ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Острина С.Я., Серова О.Ф., Рудакова Е.Б., Федорова Е.А.

112 АЛГОРИТМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ГИНЕКОЛОГА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Паренкова И.А.

113 РЕЗУЛЬТАТЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Пекарев О.Г.[1], Баранов И.И.[1], Поздняков И.М.[2], Пекарева Е.О.[2], Сухих Г.Т.[1]

115 МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Пекарева Е.О.[3], Пекарев О.Г.[1], Баранов И.И.[1], Майбородин И.В.[2], Сухих Г.Т.[1]

116 ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОК ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ С ПОМОЩЬЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ – РЕСУРСА

Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Ковалева Т.Д., Щербакова О.Г., Энгиноева Т.А., Юрасова Т.И.

118 РОЛЬ МИКРОБИОМА ВЛАГАЛИЩА В МЕНЕДЖМЕНТЕ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Пинчук Т.В.

120 ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ ЖЕНЩИН ГОРМОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ КОНТРАЦЕПЦИИ

Пинчук Т.В., Кузьменко Н.А., Валюхова Д.К., Невмержицкая А.М.

122 РОЛЬ ГЕСТАЦИОННОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ВЕСА В РАЗВИТИИ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Покусаева В.Н., Каткова Н.Ю., Покусаева К.Б., Вахрушина А.С.

124 ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ МИКРОСРЕДЫ ЭНДОМЕТРИЯ БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД «ИМПЛАНТАЦИОННОГО ОКНА»

Полина М.Л.[1], Витязева И.И.[2], Шеленина Л.А.[3]

126 ВЛИЯНИЕ МИКРОБИОМА ЭНДОМЕТРИЯ БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ
Полина М.Л.[1], Витязева И.И.[2], Шеленина Л.А.[3]

128 ОЦЕНКА ЖАЛОБ И ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА
Пронина В.А.

129 ЛОКАЛЬНАЯ ЦИТОКИНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕРВИЦИТОВ
Рамазанова М.Р., Андреева М.В.

131 ФАКТОРЫ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Савицкая В.М., Дражина О.Г., Лагуто С.Н.

133 ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ И РИСКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ
Свиридова Н.И., Максимов С.Н., Пурясева К.А.

135 КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭХОГРАФИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАЗВИТИИ МАЛОВОДИЯ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Серова А.В.[1,2], Воеводин С.М.[3], Юсуфов А.А.[1], Шеманаева Т.В.[1], Цветкова Н.В.[1]

136 ИЗМЕНЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА ЛЕПТИНА В ПЛАЦЕНТЕ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА
Солдатова Е.Е., Борисова А.Г., Волочаева М.В., Красный А.М., Тютюнник Н.В., Гасымова Ш.Р.

138 ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ. ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Степанькова Е.А., Сухорукова А.О.

139 ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПРАКТИКЕ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА 3 УРОВНЯ
Студёнов Г.В., Сенникова Ж.В., Воронцова Н.А., Климкина Т.В., Степанов С.Ю.

140 ВЛИЯНИЕ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН
Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В.

142 ОЦЕНКА АНАТОМИИ ЭМБРИОНА В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ
Тимакина Д.Н.

143 ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ
Ткаченко Л.В., Курушина О.В., Юстус А.С., Лисина О.А.

145 ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ЖЕНЩИН В ПРОГРАММАХ ЭКО
Ткаченко Л.В., Мурылева Е.С.

146 ЭПИЛЕПСИЯ И ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ОТ МЕНАРХЕ ДО МЕНОПАУЗЫ
Токарева Е.Р.

149 РОЛЬ ТИПА ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВОВ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ПОСЛЕ ЭКСЦИЗИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
Трищенков О.В., Зароченцева Н.В.

150 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СКРИНИНГА И ПРОФИЛАКТИКИ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА
Тугай Е.А., Андреева М.В., Лунева А.С., Лихачева А.Ф.

152 ЗАБОЛЕВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ В ГЕНЕЗЕ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19
Туманова У.Н., Щеголев А.И., Шувалова М.П., Чаусов А.А.

154 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Ушанова Ф.О., Демидова Т.Ю.

155 ОЦЕНКА ПРОТЕОМНОГО СОСТАВА ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АКТИВИРОВАННОЙ ГЛИЗИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Франкевич В.Е., Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., Алиева Л.Э., Кононихин А.С., Бугрова А.Е., Бржозовский А.Г., Межевитинова Е.А, Чаговец В.В., Стародубцева Н.Л.

157 ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОМ АКУШЕРСТВЕ
Хаджилаева Ф.Д., Батчаева А.М., Хаджилаев И.Д.

158 ИНДУЦИРОВАННЫЕ РОДЫ: ИСХОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ
Хаджилаева Ф.Д., Хаджилаев И.Д., Батчаева А.М.

159 РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДАКТИВИРОВАННЫХ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Харченко Д.К., Мирзабекова Д.Д., Асташкин Е.И., Тютюнник Н.В., Караваева А.Л., Навроцкий В.М., Кан Н.Е.

161 ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ МАРКЕРАМИ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Хрущ Л.В., Манухин И.Б.

162 ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИПИДОМА ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ
Чаговец В.В., Назарова Н.М., Стародубцева Н.Л., Рамазанова Л.К., Довлетханова Э.Р., Межевитинова Е.А., Мухамбеталиева Д.Д., Франкевич В.Е.

164 АКУШЕРСКИЕ И УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕССАРИИ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРОЛАПСА: НОВЫЕ РОССИЙСКИЕ МОДЕЛИ, НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ
Шнейдерман М.Г.

165 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАП-ТЕСТА У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ РЕПРОДУКТИВНОГО И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДОВ
Щеглов Б.О., Рева Г.В.

167 КАК СОХРАНИТЬ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ 40-45 ЛЕТ (ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТ «ОРХИДЕЯ» ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ ЖЕНЩИН 40+)
Эверстова А.В., Максимова Т.В., Лукачевская А.В., Дуглас Н.И.

169 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТО-ИК-СВЕТО-ЛАЗЕРА И ОЗОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕАБОРТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
Эседова А.Э., Исламова А.Ю., Магомедова Т.С., Мамедов Ф.С.

СПИСОК АВТОРОВ

3 Абдрахманова Л.Р.
4 Аверкова В.Г., Юренева С.В.
6 Агабекян В.С., Токарева В.В., Каракуц К.А., Сорочинский М.А., Голубев В.В., Арабаджан С.М.
7 Агабекян В.С., Ужакин В.В., Токарева В.В., Сорочинский М.А., Каракуц К.А., Карташева С.В., Арабаджан С.М.
8 Андреева М.В., Захарова К.И.
10 Артошина Е.А., Левкова О.Ю., Полякова Н.А., Працук С.А.
12 Артошина Е.А., Левкова О.Ю., Полякова Н.А., Працук С.А.
13 Аязбеков А.К., Нурхасимова Р.Г., Аязбекова А.Б.
14 Бадаева А.А.[1], Белова П.С.[1], Волков В.Г.[1,2], Кастор М.В.[1]
16 Бадретдинова Ф.Ф., Михайлова Г.Н.
18 Бегова С.В., Эседова А.Э.
20 Бегова С.В., Эседова А.Э.
22 Бегова С.В., Эседова А.Э., Идрисова М.А.
24 Буянова С.Н., Сон Д.Ю., Щукина Н.А., Бабунашвили Е.Л., Чечнева М.А., Шугинин И.О., Коваленко Т.С., Юдина Н.В., Щербатых М.Г., Глебов Т.А.
25 Васильева Э.Н., Денисова Т.Г., Левицкая В.М., Амирова Т.Х., Денисов М.С., Сидорова Т.Н.
27 Волочаева М.В., Гасымова Ш.Р., Солдатова Е.Е., Леонова А.А., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.
29 Гаврилова Н.П.[1], Селиверстов П.В.[2], Шаповалов В.В.[4], Ястребов А.В.[3]
31 Гибадуллина Я.Э., Покусаева В.Н., Габор Н.В.
32 Гохберг Я.А., Тимофеева А.В., Федоров И.С., Калинина Е.А.
34 Грызлова Н.Ю.[1,2], Сенаторова Л.В.[1], Лохмачева Е.А.[1], Горшкова И.А.[1]
35 Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин В.В.
37 Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин В.В.
38 Денисова Т.Г., Васильева Э.Н., Сидоров А.Е., Денисова Е.А., Левицкая В.М., Сидорова Т.Н.
40 Дражина О.Г., Волотовская А.В., Савицкая В.М., Илькевич Н.Г.
42 Епифанова Ю.В., Денисова Т.Г., Григорьева А.С., Денисов М.С., Садардинова Р.Р., Денисова Е.А.
44 Иванов И.А., Чернуха Г.Е., Асатурова А.В.
45 Исламова А.Ю., Эседова А.Э.
46 Исламова А.Ю., Эседова А.Э., Мамедов Ф.С.
48 Кавиладзе М.Г., Леваков С.А.
49 Камилова Н.М., Сафарова С.С.
51 Камилова Н.М., Султанова И.А., Сафарова С.С.
52 Каюмова Д.Т., Набиева Р.М., Атаходжаева Ф.А.
54 Киракосян Е.В.

55 Ковалева Ю.В.
57 Ковалева Ю.В.
59 Копысова Е.Д., Голенищева Т.В., Тихонова Н.В.
60 Краснова И.А., Аксенова В.Б., Кудимова М.А., Тимофеева Е.Г.
62 Краснова И.А., Есипова И.А., Хашиева Ф.М., Базалий О.А.
63 Кухарчик Ю.В.[1], Кузьмич И.И.[2]
65 Леонова А.А., Борисова А.Г., Гусар В.А., Волочаева М.В., Кан Н.Е., Хачатрян Э.В.
67 Линева О.И., Казакова А.В., Дуфинец И.Е., Шатунова Е.П.
68 Лисицына О.И., Сыркашева А.Г., Макарова Н.П., Красный А.М., Долгушина Н.В.
70 Лобачевская О.С.[1], Никитина Е.В.[1], Васильева Л.Н.[1], Дорошевич В.В.[2]
71 Малышкина А.И., Кулигина М.В., Песикин О.Н.
73 Меджидова М.К., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Высоких М.Ю., Донников А.Е.
74 Меджидова М.К., Тютюнник В.Л., Красный А.М., Кан Н.Е., Салпагарова З.Х., Вторушина В.В., Кречетова Л.В.
76 Милош Т.С., Гладкий М.Л.
77 Милош Т.С., Шулика В.Р.
79 Минакова А.Д., Джибладзе Т.А., Хохлова И.Д., Зуев В.М.
81 Мирзабекова Д.Д., Красный А.М., Караваева А.Л., Тютюнник Н.В., Михайлова О.И., Сергунина О.А., Поляков Н.А., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л.
83 Михеев Р.К.[1], Мельниченко Г.А.[1], Андреева Е.Н.[1,2], Григорян О.Р.[1], Шереметьева Е.В.[1], Абсатарова Ю.С.[1], Орлова Я.А.[3]
84 Морозова Е.А., Никитина Н.А., Агеев М.Б.
86 Мурасов Т.М., Казбулатов С.С., Мурасов А.М.
88 Мухторова С.А., Камилова И.А.
89 Назарова Н.М., Асатурова А.В., Стародубцева Н.Л., Абакарова П.Р., Мгерян А.Н., Рамазанова Л.К., Алиева Л.Э., Мухамбеталиева Д.Д., Аттоева Д.И., Шешко П.Л.
91 Недень Л.Ч., Дражина О.Г., Савицкая В.М.
92 Неклюдова А.В., Андреева М.В.
94 Никитина Е.В.[1], Васильева Л.Н.[1], Лобачевская О.С.[1], Касабуцкая Т.И.[2], Ганусевич Н.В.[2]
96 Никитина Е.В.[1], Лобачевская О.С.[1], Васильева Л.Н.[1], Никитина Д.А.[2], Писаренко Е.А.[2]
98 Нурымбетова Д.С., Мазумова Н.М., Каюмова Д.Т.
99 Огадерова Н.А., Свидинская Е.А., Агеев М.Б.
101 Одыванова А.А., Межевитенова Е.А., Донников А.Е., Уруймагова А.Т.
102 Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Хрипач Е.А.
104 Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Хрипач Е.А.
106 Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Хрипач Е.А.
108 Орынбаева С.А., Нормуродова Н.М., Ахралов Ш.Ф.
110 Острина С.Я., Серова О.Ф., Рудакова Е.Б., Федорова Е.А.

112 Паренкова И.А.
113 Пекарев О.Г.[1], Баранов И.И.[1], Поздняков И.М.[2], Пекарева Е.О.[2], Сухих Г.Т.[1]
115 Пекарева Е.О.[3], Пекарев О.Г.[1], Баранов И.И.[1], Майбородин И.В.[2], Сухих Г.Т.[1]
116 Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Ковалева Т.Д., Щербакова О.Г., Энгиноева Т.А., Юрасова Т.И.
118 Пинчук Т.В.
120 Пинчук Т.В., Кузьменко Н.А., Валюхова Д.К., Невмержицкая А.М.
122 Покусаева В.Н., Каткова Н.Ю., Покусаева К.Б., Вахрушина А.С.
124 Полина М.Л.[1], Витязева И.И.[2], Шеленина Л.А.[3]
126 Полина М.Л.[1], Витязева И.И.[2], Шеленина Л.А.[3]
128 Пронина В.А.
129 Рамазанова М.Р., Андреева М.В.
131 Савицкая В.М., Дражина О.Г., Лагуто С.Н.
133 Свиридова Н.И., Максимов С.Н., Пурясева К.А.
135 Серова А.В.[1,2], Воеводин С.М.[3], Юсуфов А.А.[1], Шеманаева Т.В.[1], Цветкова Н.В.[1]
136 Солдатова Е.Е., Борисова А.Г., Волочаева М.В., Красный А.М., Тютюнник Н.В., Гасымова Ш.Р.
138 Степанькова Е.А., Сухорукова А.О.
139 Студёнов Г.В., Сенникова Ж.В., Воронцова Н.А., Климкина Т.В., Степанов С.Ю.
140 Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В.
142 Тимакина Д.Н.
143 Ткаченко Л.В., Курушина О.В., Юстус А.С., Лисина О.А.
145 Ткаченко Л.В., Мурылева Е.С.
146 Токарева Е.Р.
149 Трищенков О.В., Зароченцева Н.В.
150 Тугай Е.А., Андреева М.В., Лунева А.С., Лихачева А.Ф.
152 Туманова У.Н., Щеголев А.И., Шувалова М.П., Чаусов А.А.
154 Ушанова Ф.О., Демидова Т.Ю.
155 Франкевич В.Е., Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., Алиева Л.Э., Кононихин А.С., Бугрова А.Е., Бржозовский А.Г., Межевитинова Е.А, Чаговец В.В., Стародубцева Н.Л.
157 Хаджилаева Ф.Д., Батчаева А.М., Хаджилаев И.Д.
158 Хаджилаева Ф.Д., Хаджилаев И.Д., Батчаева А.М.
159 Харченко Д.К., Мирзабекова Д.Д., Асташкин Е.И., Тютюнник Н.В., Караваева А.Л., Навроцкий В.М., Кан Н.Е.
161 Хрущ Л.В., Манухин И.Б.
162 Чаговец В.В., Назарова Н.М., Стародубцева Н.Л., Рамазанова Л.К., Довлетханова Э.Р., Межевитинова Е.А., Мухамбеталиева Д.Д., Франкевич В.Е.
164 Шнейдерман М.Г.
165 Щеглов Б.О., Рева Г.В.

167 Эверстова А.В., Максимова Т.В., Лукачевская А.В., Дуглас Н.И.
169 Эседова А.Э., Исламова А.Ю., Магомедова Т.С., Мамедов Ф.С.