

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Министерство образования и науки Российской Федерации
Министерство здравоохранения Республики Крым
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Федерального
государственного автономного образовательного учреждения
высшего образования «Крымский федеральный университет
имени В.И. Вернадского»
Крымское общество акушеров-гинекологов

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА,
ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ».**

Сборник материалов XII Международной конференции
г. Судак, 12-13 мая 2016 г.

Симферополь
ИП Корниенко А.А.
2016

УДК 618.1+618.2+616-053.13/.31

ББК 57.15+57.16

А437

Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии: сб. материалов XII Международной конференции (Судак, 12-13 мая 2016 г.) / Мед. академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского». – Симферополь: ИП Корниенко А.А., 2016. – 64 с.

ISBN 978-5-9908073-2-7

Главный редактор: И.И. Иванов

Научный редактор: А.В. Кубышкин

Ответственный редактор: Е.Н. Прочан

В сборник включены материалы докладов, посвящённые актуальным проблемам акушерства, гинекологии, современным перинатальным технологиям.

Адресуется для способствования научному и практическому решению современных проблем охраны здоровья женщины, плода и новорожденного, повышения уровня квалификации акушеров-гинекологов.

Ответственность за аутентичность и точность цитат, имён, названий и других сведений, а также за соблюдение законов об интеллектуальной собственности несут авторы публикуемых материалов.

ISBN 978-5-9908073-2-7

© ИП Корниенко А.А., 2016.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНДОМЕТРИОЗА

Т.Г. Аванесова, В.А. Линде, М.А. Левкович

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону.

Генитальный эндометриоз (НГЭ) является хроническим, прогрессирующим и рецидивирующим заболеванием, которое характеризуется эктопическим разрастанием эндометрия. Согласно данным статистики, эндометриоз поражает от 18% до 60% женщин репродуктивного возраста. При этом у больных бесплодием эндометриоз регистрируется почти в 50 % случаев. В последние годы наметился рост заболеваемости генитальным эндометриозом. Повышенная пролиферативная активность клеток эндометрия больных эндометриозом и нарушенная чувствительность к спонтанному апоптозу приводит к аномальной имплантации и росту эндометрия в эктопических очагах. Развитию заболевания также способствует снижение ингибирующего потенциала микроокружения брюшины, в результате чего клетки, обладающие цитотоксическими свойствами, оказываются неспособными элиминировать эктопически расположенный эндометрий.

Было показано, что важную роль в патогенезе НГЭ играют факторы врожденного иммунитета, в частности, TLR₄. В эктопическом эндометрии его экспрессия гораздо выше, чем в нормальном. Кроме того, полиморфизм гена TLR-4, связанный с реактивностью рецептора может привести к воспалению брюшины. Появляется все больше данных о влиянии НГЭ на состояние эндометрия и его роли в нарушении имплантации, что также может выступать в качестве причины бесплодия. Остается неясным, является ли это следствием нарушения васкуляризации эндометрия или связано с иммунными нарушениями. Накапливаются сведения, свидетельствующие о том, что дефекты в системе TLR – снижение или повышение их экспрессии и функции в силу мутаций/полиморфизмов или эпигенетических нарушений регуляции TLR лежит в основе развития иммунного дисбаланса при эндометриозе.

Известно, что у женщин с эндометриозной болезнью имеется значительное количество перитонеальной жидкости, которая характеризуется высоким содержанием активированных макрофагов, продуцирующих цитокины: фактор некроза опухоли α (TNF- α), интерлейкины (IL-1 β , IL-6, IL-8), а также высоким содержанием фактора роста эндотелия сосудов, фактора роста фибробластов. Высокие концентрации цитокинов, факторов роста и активированных макрофагов, содержащихся в перитонеальной жидкости, являются токсичными для сперматозоидов. В этой связи, представляется интересным разработка ранних диагностических маркеров наружного генитального эндометриоза на основании изучения нарушений врожденного и адаптивного иммунитета на локальном и системном уровнях у пациенток с бесплодием.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМ И ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ ПРИ ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Н.Ю. Борзова, Н.И. Иваненкова, Н.Ю. Сотникова

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

Нарушение дифференцировки лимфоцитов может вести к изменению процессов иммунорегуляции, определяя неадекватный иммунный ответ матери на антигены плода, способствуя формированию патологии беременности.

Цель исследования – оценить характер дифференцировки наивных клеток и Т-клеток памяти в популяциях Т-хелперов (CD4⁺) и цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8⁺) у женщин с привычным невынашиванием в зависимости от исхода беременности.

Было обследовано – 61 женщина с угрожающим и привычным выкидышем в первом триместре гестации. В зависимости от исхода беременности было выделено 3 подгруппы: в I вошли 39 женщин, у которых беременность завершилась своевременными родами; во II – 11

женщин, завершивших беременность преждевременными родами; в III – 11 пациенток с ранним самопроизвольным выкидышем. Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь. Методом проточной цитофлуорометрии в популяциях CD8⁺ и CD4⁺ лимфоцитов определялось содержание наивных (Tn), центральных (Tcm), претерминально- (Tem) и терминально-дифференцированных (Temra) клеток.

Ретроспективный анализ особенностей дифференцировки CD4⁺ и CD8⁺ лимфоцитов на системном уровне у женщин с привычным невынашиванием, завершивших беременность преждевременными родами, показал, что процентное содержание CD4⁺ Tem клеток памяти было достоверно выше, а Tn – ниже, чем в подгруппе, где беременность завершилась в срок ($p < 0,05$ в обоих случаях). У пациенток с ранним самопроизвольным выкидышем достоверно снижался уровень CD8⁺ Tn на фоне роста CD8⁺ Tem клеток памяти по сравнению с аналогичными параметрами у пациенток, беременность которых завершилась своевременными родами ($p < 0,05$ в обоих случаях).

Таким образом, в тех случаях, когда наблюдается ускорение дифференцировки цитотоксических Т-лимфоцитов до конечных этапов, прерывание беременности происходит в ранние сроки за счет выработки цитокинов и цитолитических молекул. А когда ускорение дифференцировки лимфоцитов происходит только в популяции Т-хелперов, то беременность пролонгируется, но завершается преждевременными родами, вероятно, за счет усиления продукции интерферона-гамма.

БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ I ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ВРАСТАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

А.В. Буштырев, В.В. Антимирова, О.Ю. Бордаева, О.В. Максимова
Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Перинатальный центр», г. Ростов-на-Дону.

В последнее время в структуре показателей материнской и перинатальной заболеваемости одно из основных мест занимает вращание плаценты.

Многие аспекты этиологии и патогенеза этого тяжелого осложнения недостаточно изучены, однако выделяется ряд этиологических предпосылок, одной из которых является избыточная цитотрофобластическая инвазия в маточно-плацентарной области.

Среди белков, продуцируемых синцитиотрофобластом, широкое применение в последние годы нашло определение концентрации β -субъединицы хорионического гонадотропина (β -ХГЧ) и белка, ассоциированного с беременностью (РАРР-А).

Целью нашего исследования явилось изучение уровня β -ХГЧ и РАРР-А у пациенток с вращанием плаценты.

Ретроспективно у 19 пациенток с вращанием плаценты, прошедших в 11-12 недель биохимический скрининг I триместра, изучен уровень β -ХГЧ и РАРР-А.

Количественное содержание эмбрионспецифических белков отчасти зависит от метода исследования и может отличаться в различных популяциях и этнических группах, поэтому их индивидуальные уровни принято оценивать с помощью коэффициента МоМ (Multiple of Median). Нормальными значениями сывороточных маркеров для любого срока беременности принято считать МоМ от 0,5 до 2,0.

Было установлено, что у беременных с вращанием плаценты средний уровень β -ХГЧ составил 2,4 МоМ, что свидетельствовало о гиперсекреции данного гормона.

Средний уровень РАРР-А составил 1,9 МоМ, однако у 8 (42%) пациенток уровень данного белка был >2 МоМ, что также свидетельствовало о его гиперсекреции.

В настоящее время самыми распространенными методами диагностики вращания плаценты являются ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография. В то же время, выявленные нами особенности продукции белков, являющихся составляющей

биохимического скрининга I триместра, позволят расширить возможности диагностики данного состояния.

ВЛИЯНИЕ КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА И ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ ПАЦИЕНТОК В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ

И.О. Буштырева, С.С. Заяц, П.Ж. Заварзин, Г.В. Медведева, М.С. Приходько
Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Перинатальный центр», г. Ростов-на-Дону.

Массивная кровопотеря в мире является основной причиной материнской смертности в акушерстве и гинекологии и занимает до 25% в ее структуре. При этом среди причин массивных кровотечений, определяющих материнскую заболеваемость и смертность преобладают: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты и нарушения в системе гемостаза.

Целью проведенного исследования явилось изучение влияния аппаратной реинфузии крови на течение послеродового периода, снижение объемов инфузионно-трансфузионной терапии, длительности пребывания пациенток в акушерском стационаре. Для достижения поставленной цели нами был проведен ретроспективный анализ 21 истории родов пациенток Государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Перинатальный центр» в 2015 году, перенесших кровопотерю в объеме от 50% до 250% объёма циркулирующей крови (ОЦК). При этом все родильницы были разделены на 2 клинические группы в зависимости от объемов кровопотери.

I группу составили 12 женщин, перенесших кровопотерю от 50 до 100% ОЦК. Причиной развития кровотечения явились гипотония матки в раннем послеоперационном периоде (3 случая), полное предлежание плаценты (2 случая), отслойка нормально расположенной плаценты (1 случай), вращение плаценты (6 случаев).

II группу составили 9 женщин, перенесших кровопотерю от 100 до 230% ОЦК. Причиной развития кровотечений в данной группе явились гипотония матки в раннем послеоперационном периоде (1 случай), полное предлежание плаценты (1 случай), отслойка нормально расположенной плаценты (1 случай), вращение плаценты (6 случаев).

Интраоперационная реинфузия крови выполнялась аппаратами CATS и CELL SAVER при проведении оперативных родоразрешений и лапаротомий по поводу развившихся гипотонических кровотечений.

В I группе в 5-ти случаях гемостаз достигнут за счет перевязки восходящих ветвей маточных артерий и выполнения баллонной тампонады полости матки, что позволило сохранить детородную функцию женщины. В остальных 7 случаях для обеспечения гемостаза потребовалось выполнение экстирпации матки.

Во II группе во всех 9-ти случаях выполнена экстирпация матки в связи с ее морфологическими изменениями и продолжающимся интраоперационным кровотечением.

После проведения родоразрешения все женщины переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии для продолжения лечения. В I группе средние показатели объема реинфузии составили 1265 мл, 7 женщинам потребовалось выполнение трансфузии свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы в средних объемах 250 мл и 280 мл соответственно. Средняя продолжительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии составила 0,8 койко-дня. Дальнейшее течение послеоперационного периода в акушерском послеродовом отделении не сопровождалось развитием осложнений. В среднем уровень гемоглобина при выписке составил 101,6 г/л. Средняя длительность пребывания на койке акушерского отделения составила 6,8 койко-дней.

Во II группе все 9 пациенток в составе инфузионно-трансфузионной терапии получали свежезамороженную плазму и эритроцитарную массу. Средние показатели объема реинфузии составили 2481 мл, объемы трансфузии составили 624 мл и 386 мл соответственно. Средняя продолжительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии составила 1,1 койко-дня.

Дальнейшее течение послеоперационного периода в акушерском послеродовом отделении в 2 случаях осложнилось образованием гематом подкожно-жировой клетчатки, в 1 случае имела место гематома подапоневротического пространства, что потребовало хирургической ревизии и дренирования. Средние показатели гемоглобина при выписке составили 98,2 г/л. Продолжительность пребывания на койке акушерского отделения не превышала 12 дней, в среднем составив 8 койко-дней.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать выводы о том, что использование аппаратной реинфузии крови при акушерских кровотечениях обеспечивает своевременное восполнение глобулярного объема и снижает потребность в применении донорской крови. Интраоперационная реинфузия крови благоприятно сказывается на течении послеоперационного периода, приводит к сокращению сроков пребывания пациенток на койке акушерского стационара.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРБЕТОЦИНА И ОЦЕНКА ЕГО РОЛИ В СНИЖЕНИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

И.О. Буштырева, М.Н. Уманский, В.С. Какурина, Е.В. Коваленко

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Перинатальный центр», г. Ростов-на-Дону.

Послеродовые кровотечения остаются одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства. По данным ВОЗ, ежегодно рожают 136 миллионов женщин, 287 тысяч из них умирают от предотвратимых в значительной мере осложнений беременности, родов и послеродового периода. Акушерские кровотечения сохраняют лидирующую позицию среди всех причин смерти матерей в мире и составляют 20-25%, а гипотоническим кровотечениям в их структуре принадлежит решающая роль – до 70%, что еще больше определяет их значимость. Данная патология является постоянным источником случаев near-miss и во многом определяет структуру материнской смертности.

Цель исследования: оценить эффективность применения карбетоцина в профилактике гипотонических кровотечений.

Проанализировано 9962 родов, проведенных в Перинатальном центре Ростовской области (Россия) в 2014-2015 годах. Процент применения управляемой баллонной тампонады практически не изменился в 2015 году по сравнению с 2014 годом (1,5% против 1,9%). С профилактической целью карбетоцин введен 24 (0,46%) пациенткам в 2014 году. Частота гипотонических кровотечений в 2014 году составила 114 случаев (2,2%); 72 случая (1,5%) – в 2015 году. Количество оргоуносящих операций по причине гипотонических кровотечений выполнено у 11 пациенток в 2014 году (0,21%), у 6 (0,12%) – в 2015 году. На выхаживание одной пациентки после оргоуносящей операции требуется около 1 млн рублей.

Таким образом, затраты на ведение пациенток с профилактическим введением карбетоцина в 2014 году составили около 62 400 рублей, а в 2015 – около 1 203 800 рублей. А затраты на выхаживание пациенток после оргоуносящих операций составили в 2014 году более 11 млн рублей, а в 2015 году – более 6 млн рублей. Случаев материнской смертности в 2014-2015 г в Перинатальном центре Ростовской области не было.

Также удалось снизить объем общей кровопотери в 2015 году по сравнению с 2014 годом (табл.).

Объем общей кровопотери при гипотонических кровотечениях в 2014-2015 годах

Объем кровопотери в % ОЦК	2014 год	2015 год
15-20%	32 (28%)	32 (44,5%)
20-30%	40 (35%)	21 (29,5%)
30-40%	25 (22%)	13 (18%)
> 40 %	17 (15%)	6 (8%)

Таким образом, использование препарата карбетоцин в практике Государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Перинатальный центр» привело к уменьшению количества

гипотонических кровотечений, частоты гистерэктомий и снижению объема общей кровопотери. А также хочется отметить, что с экономической точки зрения введение карбетоцина уменьшает затраты, связанные с лечением и ранней реабилитацией, особенно у женщин после оргоаноуносящих операций.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕТОДОВ ПРЕИНДУКЦИИ РОДОВ

И.О. Буштырева, М.Н. Уманский, О.А. Черниченко, А.В. Ковалева

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Перинатальный центр», г. Ростов-на-Дону.

Своевременное и бережное родоразрешение – одна из основных задач акушеров-гинекологов. При осложненном течении беременности возникают ситуации, когда необходима преиндукция и индукция родов, однако попытки родовозбуждения недостаточно подготовленной к родам шейки матки могут привести к развитию аномалии родовой деятельности, острой анте- и интранатальной гипоксии плода, родовому травматизму матери и новорожденного. По данным различных авторов, около 5-15% всех беременных имеют медицинские показания для проведения преиндукции и индукции родов. В целях снижения частоты кесарева сечения и уменьшения вероятности возникновения аномалий родовой деятельности для подготовки организма к родам используются различные методы.

Нами проведен ретроспективный анализ 59 историй родов пациенток, родоразрешенных в 2015 году в родовом отделении ГБУ «Перинатальный центр» Ростовской области, которым проводилась подготовка родовых путей. Средний возраст исследуемых пациенток составил $30 \pm 0,6$ лет. Из числа исследуемых женщин 61% (36) были первородящими, 39% (23) – повторнородящими. Показаниями для индукции родов стали: «незрелые» родовые пути (менее 4-х баллов по шкале Бишоп) при сроке гестации 40 недель 5 дней и более, преэклампсия умеренной степени, синдром задержки развития плода.

Критериями исключения явились стадия декомпенсации плацентарной недостаточности, рубец на матке.

Все проанализированные случаи позволили выделить 3 группы исследуемых. I группу (17 пациенток) составили беременные, которым проводили подготовку шейки матки к родам с помощью мифепристона в дозе 200 мг дважды с интервалом 24 часа. Во II группу (24 беременные) вошли пациентки, которым для преиндукции и индукции родов использовали комбинацию мифепристона в дозе 200 мг и двухходовый катетер Фолея №14-№16. Баллон катетера раздували путем введения 50-70 мл стерильной жидкости и оставляли в цервикальном канале. III группу (18 пациенток) составили беременные, которым для развития родовой деятельности ввели двухходовый катетер Фолея в цервикальный канал и раздули путем введения 50-70 мл 0,9% хлорида натрия.

Интервал от начала преиндукции до развития регулярной родовой деятельности в I группе составил $\pm 11,4$ часов, во II – $\pm 5,2$ часов, в III группе – $\pm 7,1$ часов.

В I группе у 41% (7) пациенток развилась регулярная родовая деятельность, у 26% (4) имело место возникновение аномалий родовой деятельности (слабость, дискоординация родовой деятельности), у 33% (6) беременных произошло дородовое излитие околоплодных вод, при этом у 25% (5) рожениц из них потребовалось оперативное родоразрешение.

Во II группе у 88% (21) женщин наблюдалось развитие регулярной родовой деятельности, которая в дальнейшем не потребовала никаких вмешательств, у 12% (3) роды осложнились слабостью родовой деятельности, эффективно скорректированной медикаментозно. Родоразрешений путем операции кесарева сечения в этой группе не было.

В III группе, где для индукции родов использовался только катетер Фолея, в 60% (11) случаев наблюдалось развитие родовой деятельности без осложнений, у 40% (7) наблюдались аномалии родовой деятельности (24% (4) – слабость родовых сил, 16% (3) – дискоординированная родовая деятельность), требующие медикаментозного лечения. Частота операций кесарева сечения в этой группе составила 5,5% (1) (табл.).

Особенности родоразрешения пациенток клинических групп

Особенности родоразрешения	I группа		II группа		III группа		P _{I,II}	P _{II,III}	P _{I,III}
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%			
Регулярная родовая деятельность (без медикаментозной коррекции)	7	41	21	88	11	60	p<0,05	p>0,005	p>0,005
Аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация)	4	26	3	12	7	40	p>0,005	p>0,005	p>0,005

Примечание: сравнение групп по частоте встречаемости фактора осуществлялось с помощью критерия Хи-квадрат.

У всех пациенток клинических групп новорожденные имели оценку по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах более 7 баллов. Послеродовой период у исследуемых протекал без осложнений.

Таким образом, можно сделать вывод, что наиболее эффективным и с низким риском развития осложнения родовой деятельности является комбинированное использование мифепристона и катетера Фолея для преиндукции и индукции родов. Этот способ значительно уменьшает время, необходимое для подготовки шейки матки. Прогнозирование эффективности подготовки шейки матки и родовозбуждения позволит снизить риск возможных неудач и осложнений, а также является одной из резервных возможностей снижения частоты кесарева сечения.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РЕЖИМЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

И.О. Буштырева, В.В. Чернавский, А.П. Баранов, К.И. Абзианидзе, А.В. Гугуева
Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Перинатальный центр», г. Ростов-на-Дону.

В настоящее время преждевременные роды являются серьезным акушерским осложнением, связанным с высоким риском перинатальной заболеваемости и смертности. Ведущим осложнением при преждевременных родах является респираторный дистресс синдром (РДС), занимающий одно из первых мест в структуре заболеваемости и смертности новорожденных. На частоту РДС оказывает существенное влияние антенатальная глюкокортикоидная профилактика, которая снижает частоту данного осложнения на 35% при сроке гестации до 34 недель. Выбор режима введения глюкокортикоидов является одним из основных вопросов при проведении антенатальной кортикостероидной терапии. В литературе мы не встретили данных об эффективности и безопасности внутривенных схем введения дексаметазона.

При маршрутизации в условиях 3-х уровневой системы акушерских стационаров в Российской Федерации предпочтение отдается транспортировке плода «in utero». Перемещение беременных на большие расстояния в ряде случаев снижает возможности пролонгирования беременности, что не позволяет закончить 2-3-дневный курс антенатальной глюкокортикоидной профилактики. В связи с этим нами были предложены «укороченные» схемы введения дексаметазона у беременных в сроке 24-34 недели гестации при вероятности досрочного родоразрешения: 1) 24 мг внутривенно (в течение 4-6 часов); 2) 12 мг внутримышечно с интервалом 12 часов дважды.

В исследование были включены 69 пациенток, поступавших в Ростовский областной «Перинатальный центр» с угрозой преждевременных родов, начавшимися преждевременными родами, преждевременным разрывом плодных оболочек, преэклампсией в сроке гестации 24-34 недели. Проанализированы клинические исходы у 78 новорожденных (9 двоен). Все случаи были разделены на 4 группы в зависимости от режима введения дексаметазона: I группа (n=22) – 12 мг внутримышечно с интервалом 12 часов двукратно; II группа (n=22) – 24 мг внутривенно капельно в течение 4-6 часов; III группа (n=24) – стандартные схемы (внутримышечно по 8 мг трехкратно через 8 часов или по 6 мг четырехкратно через 12 часов). В IV группе (n=10)

глюкокортикоидная профилактика не проводилась в связи с коротким интервалом между обращением за медицинской помощью и родоразрешением. Беременные исключались из исследования при наличии врожденных аномалий развития плода, если они были не способны дать информированное согласие или если курс глюкокортикоидной профилактики был не завершен.

Производился анализ материнских клинических переменных по 39 параметрам: возраст, время до родоразрешения после профилактики РДС, срок гестации при проведении профилактики, индекс массы тела, разрыв плодных оболочек, наличие хориоамнионита, гипертензивные расстройства, проведение сохраняющей и антибактериальной терапии, системный воспалительный ответ, биохимические показатели крови, срок гестации при родоразрешении и его способ. Также анализировались 20 клинических неонатальных параметров: пол, вес при рождении, оценка по шкале Апгар, клинической шкале оценки недоношенных новорожденных, шкале Даунс, необходимость использования сурфактантной терапии, дыхательная поддержка после рождения, признаки внутриутробной инфекции, бронхолегочная дисплазия, некротический энтероколит, внутрижелудочковые кровоизлияния, ретинопатия, анемия, длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии, а также длительность общего пребывания на 1-м и 2-м этапах выхаживания, исход. Были применены непараметрические методы статистической обработки – метод деревьев решений (CRT), метод корреляционной адаптометрии.

Метод деревьев решений позволил выявить статистически значимые различия в частоте респираторной поддержки (искусственная вентиляция лёгких + постоянно положительное давление в дыхательных путях (CPAP)): I группа – 4,5%, II группа – 0, III группа – 40%, IV группа – 25%. Таким образом, менее всего нуждались в искусственной вентиляции легких новорожденные, у которых антенатально проводилась глюкокортикоидная профилактика «укороченными» схемами. При внутримышечном введении дексаметазона по 12 мг двукратно (I группа) в кислородной поддержке нуждался всего 1 ребенок (4,5%), при

внутривенном введении 24 мг дексаметазона (II группа) необходимости в ней не было. Также во II-й группе не было ни одного летального исхода, хотя в других группах летальность составила от 10 до 18,2%. При анализе данных методом корреляционной адаптометрии наибольшей эффективностью (наибольший вес корреляционного графа) также обладали «укороченные» методы глюкокортикоидной профилактики (I и II группы).

Таким образом, в нашем исследовании проведение антенатальной глюкокортикоидной профилактики в сроках беременности 24-34 недели «укороченными» курсами показало большую эффективность по сравнению с общепринятыми схемами. Необходимо дальнейшее изучение эффективности и безопасности таких режимов введения глюкокортикоидов при необходимости транспортировки недоношенного плода «in utero».

ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ДЛЯ ПРОГНОЗА СОСТОЯНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

И.О. Буштырева, В.В. Чернавский, А.В. Гугуева, А.С. Мартиросян, А.П. Баранов
Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Перинатальный центр», г. Ростов-на-Дону.

В настоящее время установлено, что акушерские осложнения во многом обусловлены различными хромосомными аномалиями, генными мутациями, а также наличием полиморфных аллелей генов, активно функционирующих в период беременности. В литературе есть указания, что дети, рожденные от матерей со склонностью к тромбофилическим осложнениям, чаще рождаются с признаками задержки внутриутробного развития, недоношенными. Ранний неонатальный период у таких младенцев протекает с осложнениями, однако имеющиеся в литературе данные большей частью не учитывают гестационный срок при рождении либо относятся к доношенным новорожденным. Между тем, у недоношенных детей имеются существенные особенности адаптации,

которые зависят от условий внутриутробного развития, и первым проявлением которых является состояние ребенка при рождении. В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи полиморфизмов генов системы гемостаза у матерей с состоянием их недоношенных детей при рождении.

На базе Ростовского областного «Перинатального центра» было проведено ретроспективное исследование случаев преждевременных родов у 16 матерей, обследованных на носительство полиморфизмов генов гемостаза. У всех женщин во время беременности выполнялось исследование методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени полиморфизмов 8 генов свертывающей системы крови: F2 (протромбин, коагуляционный фактор II; G20210A), F5 (проакселерин, коагуляционный фактор V; G1691A – Лейденовская мутация), F7 (проконвертин, коагуляционный фактор VII; G10976A), F13 (фибриназа, коагуляционный фактор XIII; G103T), FGB (β -цепь фибриногена; G455A), ITGA2 (α -2-интегрин; C807T), ITGB3 (тромбоцитарный гликопротеин IIIA; T1565C), PAI-1 (ингибитор активатора плазминогена-1; -675 5G/4G). Материалом для исследования служила периферическая кровь.

Критериями исключения из исследования являлись: признаки внутриутробной инфекции (выраженное многоводие, хориоамнионит), врожденные пороки развития плода, изосенсибилизация, выраженная экстрагенитальная патология матери. Были отобраны 23 недоношенных новорожденных (в том числе 3 двойни и 2 тройни), которые были разделены на две группы: в первую (n=13) вошли дети с оценкой по шкале Апгар при рождении ≥ 7 баллов, во вторую (n=10) – с оценкой < 7 баллов. Медиана гестационного срока при рождении составила в первой группе 35 недель (Q1–34, Q3–36), во второй – 33 недели (Q1–32, Q3–34). Оценивалась роль каждого полиморфизма в качестве фактора, влияющего на состояние ребенка при рождении. Так как данные не подчинялись нормальному закону распределения, были применены непараметрические методы статистической обработки: метод деревьев решений (CRT), медианы с первым и третьим квартилем (Q1, Q3).

В ходе исследования было выявлено, что наибольшую значимость для состояния новорожденного на первых минутах жизни имели полиморфизмы генов PAI-1, ITGA2, F13. В частности, при наличии у матери нормальной гомозиготы гена PAI-1 в 100% случаев рождались дети с оценкой по шкале Апгар ≥ 7 баллов. При носительстве у матери полиморфизма гена PAI-1 в гетеро- или гомозиготном состоянии в сочетании с мутацией гена ITGA2 и при отсутствии мутации в гене F13 в 62,5% случаев рождались дети с оценкой по шкале Апгар < 7 баллов. Если имелось носительство полиморфизма гена PAI-1 в гетеро- или гомозиготном состоянии в сочетании с мутациями генов ITGA2 и F13, то при рождении в 100% случаев оценка по шкале Апгар у новорожденных была < 7 баллов.

Известно, что функцией ингибитора активатора плазминогена-1 (PAI-1) является подавление фибринолиза. Следствием мутации PAI-1 (вариант 4G) является повышение уровня продукции данного белка, что приводит к гиперкоагуляции и последующему тромбозу. При этом мутации гена, кодирующего данный белок, ассоциируются с патологией формирования плаценты (ретрохориальные гематомы, фетоплацентарная недостаточность, низкая плацентация и предлежание плаценты, преэклампсия). Полученные нами данные указывают, что мутации гена PAI-1 у матери являются значимым фактором, влияющим на формирование и функционирование плаценты, а также на адаптационные возможности плода при преждевременных родах. Интересен тот факт, что наименее благоприятным в нашем исследовании оказалось сочетание мутаций гена PAI-1 с мутациями гена α -2-интегрина, ITGA2 (при наличии которых увеличивается скорость адгезии тромбоцитов) и мутациями гена фибриназы, F13 (снижающих риск тромбоза и увеличивающих риск геморрагических осложнений). Вероятно, указанное сочетание мутантных генов в наибольшей степени оказывает влияние на формирование плаценты и адаптационного резерва недоношенного плода.

Таким образом, имеется определенная взаимосвязь между носительством полиморфизмов генов гемостаза матери (PAI-1, ITGA2,

F13) и адаптационным резервом детей, родившихся преждевременно. Необходимо дальнейшее изучение влияния мутаций указанных генов как у матери, так и новорожденного, что позволит прогнозировать течение неонатального периода при недоношенности и определять оптимальную стратегию лечения и реабилитации.

ЗНАЧИМОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА ДЛЯ ПРОГНОЗА СОСТОЯНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

И.О. Буштырева, В.В. Чернавский, А.В. Гугуева, А.С. Мартиросян, А.П. Баранов
Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Перинатальный центр», г. Ростов-на-Дону.

В последние годы установлено, что важным патогенетическим фактором в развитии ряда осложнений беременности является гипергомоцистеинемия, возникающая при нарушении фолатзависимых процессов. Мутация гена ключевого фермента фолатного цикла метилентетрагидрофолатредуктазы признана одной из причин наследственных форм тромбофилий. В литературе имеются данные о том, что мутации в генах фолатного цикла (MTHFR, MTRR и MTR) способствуют развитию фетоплацентарной недостаточности, а плод, развитие которого происходит в условиях недостаточной плацентарной перфузии, в значительно большей степени подвержен гипоксическим повреждениям жизненно важных органов в процессе внутриутробного развития и риску травматизации в родах. В наибольшей степени это относится к недоношенным новорожденным, у которых в раннем неонатальном периоде имеется склонность к нетипичному течению критических состояний. В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи носительства полиморфизмов генов фолатного цикла у матери и состояния их недоношенных детей при рождении.

На базе Ростовского областного «Перинатального центра» было проведено ретроспективное исследование 16 случаев преждевременных

родов у женщин, которые во время беременности были обследованы на носительство полиморфизмов генов фолатного цикла: 5,10-метилентетрагидрофолат-редуктаза (MTHFR; C677T и A1298C), витамин B12-зависимая метионин-синтаза (MTR; A2756G), метионинсинтаза-редуктаза (MTRR; A66G). Материалом для исследования служила периферическая кровь, при этом применялся метод полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

Из исследования исключались случаи с врожденными пороками развития плода, с признаками внутриутробной инфекции (выраженное многоводие, хориоамнионит), изосенсибилизации, с выраженной экстрагенитальной патологией матери. Были отобраны 23 недоношенных новорожденных (в том числе 3 двойни и 2 тройни), которые были разделены на две группы: в первую (n=13) вошли дети с оценкой по шкале Апгар при рождении ≥ 7 баллов, во вторую (n=10) – с оценкой < 7 баллов. Медиана гестационного срока при рождении составила в первой группе 35 недель (Q1–34, Q3–36), во второй – 33 недели (Q1–32, Q3–34). Оценивалась роль каждого полиморфизма в качестве фактора, влияющего на состояние ребенка при рождении. Параметры данного исследования не подчинялись нормальному закону распределения, поэтому были применены непараметрические методы статистической обработки: медианы с первым и третьим квартилем (Q1, Q3), метод деревьев решений (CRT).

При сопоставлении различных вариантов полиморфных аллелей генов фолатного цикла методом деревьев решений значимых для состояния новорожденного на первых минутах жизни комбинаций полиморфизмов нами выявлено не было. В связи с этим можно предположить, что роль обмена фолиевой кислоты в качестве изолированного фактора не является существенной для формирования адаптационного резерва недоношенного новорожденного. Вероятно, влияние генов фолатного цикла является весомым для состояния плода и новорожденного при сочетании с другими мутациями (гены свертывающей системы крови, гены факторов сосудистой регуляции). В связи с этим, необходимы дальнейшие исследования, направленные на

выявление роли генетических мутаций фолатного обмена матери и плода в качестве маркеров осложнений неонатального периода.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ФАКТОРОВ СОСУДИСТОЙ РЕГУЛЯЦИИ В ПРОГНОЗЕ СОСТОЯНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

И.О. Буштырева, В.В. Чернавский, А.В. Гугуева, А.С. Мартиросян, А.П. Баранов
Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Перинатальный центр», г. Ростов-на-Дону.

Как показывают исследования последних лет, в основе многих видов акушерской патологии, в том числе преждевременных родов, лежит развитие микроангиопатий, связанных с приобретенными или наследственными дефектами не только в системе гемостаза, но и в системе факторов сосудистой регуляции. Отмечается непосредственная связь между наличием определенных вариантов генов гипертензии и неблагоприятным исходом беременности. Повышение артериального давления увеличивает риск отслойки нормально расположенной плаценты, связанных с этим массивных кровотечений. Увеличивается риск развития плацентарной недостаточности и синдрома задержки внутриутробного развития плода, а в тяжелых случаях – дистресса и гибели плода. Однако, имеющиеся в литературе данные большей частью не учитывают гестационный срок при рождении. В то же время у детей, родившихся преждевременно, имеются существенные особенности адаптации, которые зависят от условий внутриутробного развития, и первым проявлением которых является состояние ребенка при рождении. В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи полиморфизмов генов факторов сосудистой регуляции у матерей с состоянием их недоношенных детей при рождении.

В исследование были включены 16 женщин, которые наблюдались и были преждевременно родоразрешены на базе Ростовского областного «Перинатального центра» (исключались случаи хромосомных аномалий и врожденных пороков развития плода, иммунологические,

инфекционные и эндокринные факторы прерывания беременности, а также органическая патология внутренних половых органов матери). Все женщины в антенатальном периоде были обследованы на носительство полиморфизмов генов факторов сосудистой регуляции: ADD1 (α -аддуктин; G1378T), AGT (ангиотензиноген; T704C и C521T), AGTR1 (рецептор ангиотензина II 1-го типа; A1166C), AGTR2 (рецептор ангиотензина II 2-го типа; G1675A), CYP11B2 (цитохром 11b2 альдостерон-синтетаза; C-344T), GNB3 (гуанин связывающий протеин; C825T), NOS3 (синтаза окиси азота; T-786C и G894T). Оценка генетических полиморфизмов проводилась методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Для определения аллелей полиморфных генов проводилось выделение геномной ДНК из венозной крови.

После родоразрешения были отобраны 23 недоношенных новорожденных (в том числе 3 двойни и 2 тройни), которые были разделены на две группы: в первую (n=13) вошли дети с оценкой по шкале Апгар при рождении ≥ 7 баллов, во вторую (n=10) – с оценкой < 7 баллов. При рождении медиана гестационного срока составила в первой группе 35 недель (Q1–34, Q3–36), во второй – 33 недели (Q1–32, Q3–34). Оценивалась роль каждого полиморфизма в качестве фактора, влияющего на состояние ребенка при рождении. Полученные нами данные не подчинялись нормальному закону распределения, поэтому применены непараметрические методы статистической обработки, а именно: метод деревьев решений (CRT), медианы с первым и третьим квартилем (Q1, Q3).

В ходе исследования нами было выявлено, что наибольшую значимость для состояния новорожденного на первых минутах жизни имела мутация гена AGTR1 (A1166C), кодирующего рецептор ангиотензина II 1-го типа. Наличие гетеро- или гомозиготной мутации в данном гене имело корреляцию с рождением детей по шкале Апгар ≥ 7 баллов в 75% случаев.

Известно, что ангиотензин II действует через ангиотензиновые рецепторы клеток (1-го и 2-го типов) и является одним из самых мощных

вазоконстрикторов. Рецепторы 1-го типа в большей степени отвечают за реакцию сердечно-сосудистой системы на действие ангиотензина II. Таким образом, при возникновении мутации в гене AGTR1 в определенной мере нивелируются эффекты ангиотензина II, что, в свою очередь, способствует снижению сосудистого тонуса и, вероятно, влияет на формирование и функционирование плаценты, повышая адаптационные резервы недоношенного новорожденного.

Таким образом, имеется определенная взаимосвязь между носительством полиморфизма гена AGTR1 (рецептор ангиотензина II 1-го типа) матери и адаптационным резервом детей, родившихся преждевременно. Необходимо дальнейшее изучение роли мутаций генов системы сосудистой регуляции как у матери, так и новорожденного, что позволит прогнозировать течение неонатального периода при недоношенности и выработать оптимальную стратегию лечения и реабилитации.

ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д

Э.Н. Васильева, Л.И. Мальцева, Т.Г. Денисова, Л.И. Герасимова, Т.Н. Сидорова
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»; Государственное автономное учреждение Чувашской Республики дополнительного профессионального образования «Институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, г. Чебоксары.

В последние годы частота преэклампсии в России возросла с 16 до 20,6%, преэклампсия является причиной смертности почти 100 тысяч женщин-матерей в мире ежегодно. Перинатальная смертность в случаях преэклампсии составляет 10-30‰, а заболеваемость новорожденных достигает 463-780‰.

Витамин Д имеет отношение к «истокам развития», влияет на программирование плода и новорожденного, развитие и последующий риск заболеваний в детстве и взрослой жизни. Активные формы

витамина Д играют решающую роль в различных биологических процессах, включая регуляции клеточного роста, дифференцировки и метаболических модуляций. Выявление групп риска, своевременная медикаментозная профилактика развития преэклампсии – в настоящее время приоритетная задача перинатологии.

Цель исследования: изучение содержания витамина Д в периферической крови у беременных с преэклампсией тяжелой степени и сравнительная оценка состояния здоровья новорожденных этих пациенток.

Было выделено две группы исследования: 1 – группа основная – женщины с диагнозом: преэклампсия (50 случаев) и их дети; 2 – группа контрольная – женщины с физиологическим течением беременности (50 случаев) и их дети.

В ходе исследования информацию собирали выборочным методом путем выкопировки данных с последующим анализом следующих медицинских документов: индивидуальной карты беременной и родильницы – форма №111/у; истории родов – форма №096/у; истории развития новорожденного – форма №097/у; и занесением информации в электронные таблицы Excel.

Материалом исследования явилась периферическая кровь беременных, было решено изучить содержание витамина Д. Исследование уровня витамина Д в крови проводилось методом иммуноферментного анализа наборами фирмы BIOMEDICA GRUPPE (Германия). Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакетов программы Statistica for Windows (версия 6.1) методами параметрической и непараметрической статистики (критерии Стьюдента, Манна-Уитни).

Согласно полученным результатам, у беременных с преэклампсией тяжелой и легкой степени выявлен выраженный дефицит витамина Д, содержание его в сыворотке крови составило $10,7 \pm 0,6$ нг/мл ($p \geq 0,01$). У женщин контрольной группы – $17,6 \pm 0,3$ нг/мл ($p \geq 0,01$).

При оценке состояния новорожденных детей пациенток с преэклампсией было установлено: в удовлетворительном состоянии

родилось 34% ($p < 0,01$) детей. Церебральная ишемия I степени наблюдалась у 38% ($p < 0,01$); в церебральная ишемия II степени – у 5 (14,5%); церебральная ишемия III степени – у 2 (5,8%). Синдром задержки роста плода I степени в случаях преэклампсии наблюдался у 17 (49,3%); синдром задержки роста плода 2 степени наблюдался у 5 (14,5%). Синдром гипервозбудимости выявлен у 8 (23,2%), внутрижелудочковые кровоизлияния – у 7 (20,3%), кефалогематома – у 5 (14,5%), гипербилирубинемия – у 12 (34,8%), внутриутробное инфицирование – у 9 (26,1%).

В контрольной группе в удовлетворительном состоянии родилось 76% ($p < 0,01$) детей, в состоянии церебральной ишемии I степени – 14% ($p < 0,01$), церебральной ишемии II степени – 8%, церебральной ишемии III степени – 2%.

Сравнительный анализ состояния новорожденных выявил, что у новорожденных пациенток с преэклампсией церебральная ишемия наблюдалась в 2,25 раза чаще, чем в контрольной группе.

У новорожденных было выявлено: синдром гипервозбудимости в основной группе – в 18 случаях ($p < 0,01$), в контрольной группе – в 4 случаях, кожногеморрагический синдром в основной группе – в 6 случаях ($p < 0,01$), в контрольной группе – в 1 случае, кефалогематома в основной группе – в 16 случаях ($p < 0,01$), в контрольной группе – у 4 (8%), внутрижелудочковое кровоизлияние в основной группе – у 10 новорожденных, в контрольной группе – у 1 (2%), перелом ключицы – у 1 (4%) в основной группе и не отмечено в контрольной, судорожный синдром – у 4 (8%) в основной и не отмечено в контрольной.

У женщин с преэклампсией при выраженном дефиците витамина D наблюдался высокий процент неблагоприятных перинатальных исходов, что обуславливает необходимость оптимизации профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня перинатальных осложнений у новорожденных, влияющих на последующее качество жизни.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

И.И. Иванов, М.В. Черипко, А.К. Пругло, Н.В. Косолапова, Е.Н. Прочан
Медицинская академия имени С.И.Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь.

Частота кесаревых сечений в мире постоянно растет, что увеличивает риск материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Материнская смертность, ассоциируемая с кесаревым сечением, в 4 раза выше, чем для всех типов влагалищных родов, и в 8 раз выше, чем для физиологических вагинальных родов. Кесарево сечение увеличивает риск серьезных осложнений при следующей беременности: эктопической беременности, предлежания плаценты, преэклампсии, рождения ребенка с малой для данного гестационного срока массой, аномалий прикрепления плаценты, отслойки плаценты, разрыва матки.

На сегодня одним из самых частых показаний для планового кесарева сечения является наличие рубца на матке после предыдущего кесарева сечения. Согласно данным литературы, повторное кесарево сечение сопровождается высоким риском осложнений у матери и увеличивает риск предлежания и приращения плаценты при следующих беременностях. Материнская заболеваемость является низкой в случае успешной попытки влагалищных родов у женщин с рубцом на матке и наивысшей в случае неудачной попытки вагинальных родов после кесарева сечения. Поэтому тщательный отбор беременных с рубцом на матке, которым может быть предложена попытка вагинальных родов после кесарева сечения, а также тактика ведения влагалищных родов является актуальной.

Нами был проведен ретроспективный анализ 111 историй беременности и родов женщин, имеющих кесарево сечение в анамнезе, родоразрешенных в родильном отделении Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Крым «Симферопольская центральная районная клиническая больница» в 2014 году. Полученные

данные обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики с использованием пакета STATISTICA 6.0.

Из 111 женщин 98 (88,3%) были родоразрешены путем повторного кесарева сечения, 13 (11,7%) – путем вагинальных родов.

В структуре показаний к повторному кесареву сечению ведущее место занимала несостоятельность рубца на матке – 33 (33,7%) женщины, следующие по частоте – отказ женщины от попытки консервативных родов – 18 (18,4%) женщин и незрелость родовых путей – 17 (17,3%) женщин. Тазовое предлежание и неправильное положение плода присутствовали у 13 (13,3%) женщин, тяжелая экстрагенитальная патология – у 12 (12,2%), рубец на матке моложе 24 месяцев – у 6 (6,1%) женщин. Другие показания (дистресс плода, нарушения сократительной деятельности матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, тяжелая преэклампсия) имели гораздо меньший удельный вес.

Результаты попыток вагинальных родов у женщин с рубцом на матке: всего попытка вагинальных родов была предпринята у 17 женщин, из них 13 (76,5%) успешно родоразрешены через естественные родовые пути, 4 (23,5%) родоразрешены путем экстренного кесарева сечения из-за развившихся осложнений в родах (у 2 женщин – развитие тазовоголовой диспропорции, еще у 2 – упорная слабость родовой деятельности).

Масса тела при рождении и состояние по Апгар новорожденных детей у матерей с рубцом на матке достоверно не зависели от пути родоразрешения: в группе детей, рожденных путем повторного кесарева сечения, масса тела при рождении составила в среднем 3290 ± 30 г, состояние по Апгар – 8-9 баллов; в группе, рожденных путем вагинальных родов – 3140 ± 50 г и 8-8 баллов соответственно.

Обращает на себя внимание такое частое показание к повторному кесареву сечению, как отказ женщины от попытки консервативных родов (18,4%). Путем опроса было выяснено, что мнение беременной относительно способа родоразрешения было сформировано в 68% случаев к 35 неделям, а в остальных 32% случаев – при поступлении в

акушерский стационар (к 38-39 неделям). Из 68% женщин у 44% решение относительно метода родоразрешения было принято на основании бесед с врачом женской консультации; 24% приняли решение на основании беседы с выбранным пациенткой врачом. Обращает на себя внимание тот факт, что 8% женщин поступили в родах, и все они были родоразрешены консервативно.

Таким образом, 50-60% женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения могут и должны быть родоразрешены консервативно. Первично оценить возможность консервативного родоразрешения необходимо при первой явке беременной в женскую консультацию. Окончательно определиться в тактике ведения родов необходимо в сроке 38-39 недель в условиях отделения патологии беременности. В родах у женщин с рубцом на матке следует проводить все необходимые мероприятия, согласно клиническим рекомендациям.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ПЕРВЫЙ ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КРИОЭКСТРАКТА ПЛАЦЕНТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ

М.Н. Козуб, К.П. Скибина, Н.И. Козуб

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков.

Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) – многофакторный синдром, характеризующийся вторичной аменореей, высоким уровнем гонадотропинов и низкой концентрацией эстрогенов в сыворотке крови у женщин до 40 лет. При удалении обеих маточных труб у больных с трубной беременностью наблюдается нарушение кровообращения в яичниках, которое на фоне оксидативного стресса приводит к развитию ПНЯ у вышеуказанных пациенток.

Целью исследования было экспериментальное обоснование применения криоэкстракта плаценты (КП) у больных с ПНЯ.

В эксперименте использовали 30 мышей линии BALB/c, которых поделили на 3 группы по 10 животных: I – контрольная группа, II –

группа с моделью ПНЯ без лечения, III – группа с моделью ПНЯ и лечением КП. ПНЯ моделировали путем введения химиопрепаратов бусульфана и циклофосфамида. Лечение начинали через 3 недели после начала химиотерапии, когда у всех мышей наблюдалось отсутствие эстрального цикла.

Масса мышей III группы восстанавливалась через 3 недели после лечения КП и через 6 недель – у мышей II группы без лечения. После применения КП у мышей III группы у 60% животных эстральный цикл восстановился на 3-й неделе, у 100% – на 5-й неделе. Без лечения 40% животных II группы имели регулярный цикл на 5-й неделе, а 100% только на 7-й неделе. Вагинальные пробки после химиотерапии отсутствовали у всех мышей II и III группы. Они появились у 60% мышей на 3-й неделе, у 100% – на 5 неделе в III группе животных. Во II группе животных (без лечения) вагинальные пробки наблюдались на 5-й неделе у 50% мышей и на 7-й неделе – у 100% мышей. При изучении количества беременностей у животных I, II и III групп через 3 месяца у III группы мышей после применения КП количество беременностей достоверно ($p < 0,05$) не отличалось от данных показателей I контрольной группы животных.

Применение КП у мышей с моделью ПНЯ приводит к восстановлению эстральных циклов и наступлению беременности, что достоверно не отличается от соответствующих показателей контрольной группы животных. Первый клинический опыт применения КП у женщин с удаленными маточными трубами по поводу трубной беременности показал клиническую эффективность применения КП у вышеуказанных больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ МЕР ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

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

Необходимость оценки эффективности пренатальной диагностики врожденных и наследственных заболеваний обусловлена их высокой медико-социальной значимостью. С этой целью проведен статистический анализ сводных по 16 субъектам (за исключением г. Москвы и Московской области) Центрального федерального округа Российской Федерации (ЦФО РФ) форм государственного статистического наблюдения №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» за 2012 год и 2015 год.

В 2015 году по сравнению с 2012 годом на 0,6% (с 97,9% до 98,5% соответственно) увеличился охват беременных женщин скрининговым ультразвуковым исследованием плода (УЗИ), в том числе в первом триместре беременности – на 1,9% (с 90,2% до 92,1%), во втором – на 2,5% (с 92,9% до 95,4%), в третьем – на 3,2% (с 91,5% до 94,7%), при этом частота выявления врожденных пороков развития (ВПР) у плода увеличилась на 14,8% (с 10,0‰ до 11,5‰) или на 310 случаев (с 2064 до 2374 соответственно). Удельный вес беременных женщин, которым проведено трехкратное скрининговое УЗИ, за период 2012-2015 гг. увеличился с 86,4% до 89,0%, при этом частота выявления пороков развития у плода не изменилась (9,1‰ и 9,2‰ соответственно), а их доля от всех выявленных при УЗИ ВПР снизилась с 80,4% до 72,2% (темп снижения составил 10,2%).

В 2015 году по сравнению с 2012 годом увеличился охват беременных биохимическим скринингом – с 79,2% до 88,9% соответственно, при этом снизился удельный вес женщин, у которых скрининг проведен с двумя и более сывороточными маркерами – с 96,5% до 81,6%. Частота выявления отклонений при проведении биохимического скрининга снизилась с 5,2% до 3,3%.

Охват беременных женщин комплексным обследованием (УЗИ и биохимическим скринингом) увеличился в 2012-2015 гг. с 72,1% до

89,6% (темп прироста составил 24,3%), в том числе в первом триместре беременности – с 73,4% до 95,5% (темп прироста – 30,1%).

Целью пренатальной диагностики является предотвращение рождения детей с несовместимыми с жизнью пороками развития, с социально значимыми генными и хромосомными заболеваниями. Дополнение формы №32 в 2012 году вкладышем позволяет оценить число случаев искусственных прерываний беременности по медицинским показаниям и в связи с выявлением пороков развития у плода. Согласно данным формы №32, в 2015 году по сравнению с 2012 годом отмечается значительное (в 6 раз) сокращение числа случаев искусственного прерывания беременности в сроке 22-27 недель по медицинским показаниям и в связи с пороками развития плода – с 126 до 21. В связи с высоким риском для здоровья и жизни матери при прерывании беременности в позднем сроке все случаи родоразрешения в сроке 22-27 недель должны производиться в учреждениях родовспоможения максимального риска. Согласно информации, содержащейся во вкладыше к форме №32, большинство случаев искусственных прерываний беременности в 22-27 недель были произведены в учреждениях родовспоможения второго-третьего уровня: 98,4% – в 2012 году (2 случая) и 95,2% (1 случай) – в 2015 году.

Эффективность пренатальной диагностики можно оценивать по частоте рождения (живыми и мертвыми) детей с врожденными пороками развития, показателям перинатальной смертности. В 2012 году в целом по ЦФО РФ частота рождения детей с ВПР составила 31,9‰, в 2015 году – 29,7‰, при этом их летальность снизилась с 1,7% до 1,3% соответственно (темп снижения – 22,2%). Не претерпел существенных изменений удельный вес детей, умерших от ВПР, от общего числа детей, умерших в акушерском стационаре: 18,4% – в 2012 году и 18,1% – в 2015 году. Перинатальная смертность в результате наличия ВПР составила в целом по ЦФО РФ в 2012 году 0,9‰, в 2015 году – снизилась до 0,6‰ (темп снижения – 36,7%). Доля ВПР в структуре причин перинатальной смертности снизилась с 10,6% до 7,4% (на 30,2%).

Таким образом, результаты сравнительного анализа отчетных форм №32 по 16 субъектам ЦФО РФ за 2012 год и 2015 год свидетельствуют о положительной динамике показателей, характеризующих эффективность пренатальной диагностики на окружном уровне.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОЦЕРВИКСА И ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Му'авия Салем Насер Альмарадат

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков.

Проблема истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) является актуальной в акушерстве и гинекологии в связи с тем, что при данной патологии возникают сложности с наступлением беременности, и частота преждевременных родов остается чрезвычайно высокой.

В связи с изменением структуры цервикального канала (ЦК) и зиянием наружного зева шейки матки при ИЦН нарушается физиологический барьер между влагалищем и полостью матки, что сопровождается беспрепятственным проникновением микрофлоры и приводит к развитию хронического эндоцервицита и эндометрита. Воздействие микроорганизмов на цилиндрический эпителий способствует подавлению фагоцитоза и формированию антиген-специфической иммунодепрессии.

При ИЦН наблюдается изменение не только структуры и функции слизистой оболочки цервикального канала, но и эндометрия, сопровождающееся недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ) при нормальных показателях уровня прогестерона и эстрадиола сыворотки крови, что, по-видимому, связано со снижением чувствительности рецепторного аппарата эндометрия и ЦК шейки матки.

Целью настоящего исследования явилось определение функционального состояния цилиндрического эпителия ЦК и эндометрия у пациенток с ИЦН и определение оптимального метода коррекции данной патологии в прегравидарном периоде.

Обследовано 120 пациенток с ИЦН. В основную группу были включены 90 пациенток с ИЦН, планирующих беременность. Контрольную группу составили 30 женщин, у которых при клиническом, лабораторном и инструментальном обследованиях не выявлено патологических отклонений.

Пациентки основной группы были разделены на две подгруппы. В I подгруппу вошли 25 пациенток, которым проводилась хирургическая коррекция ИЦН, во II подгруппу – 65 женщин, которым прегравидарная коррекция ИЦН проводилась методом биоревитализации шейки матки путем введения в область внутреннего зева ЦК филлеров, основным компонентом которых является гиалуроновая кислота.

Женщинам основной группы проводилось обследование гормонального фона на 5 и на 24 день менструального цикла (МЦ). С целью определения состояния гормонозависимых рецепторов пациенткам основной группы на 23-24 день МЦ выполнялось иммуногистохимическое (ИГХ) исследование цилиндрического эпителия ЦК и эндометрия. Забор материала осуществлялся при помощи пайпель-биопсии ЦК и эндометрия для диагностики хронического эндоцервицита и эндометрита, которые подтверждались присутствием лимфолейкоцитарной инфильтрации (ЛИ) и наличием плазматических клеток в цилиндрическом эпителии.

Всем пациенткам проводилось бактериологическое исследование с определением количественного и качественного состава микроорганизмов из отделяемого влагалища и цервикального канала методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Проводилось гистологическое исследование ткани, полученной путем пайпель-биопсии на 21-24 день МЦ.

Для определения чувствительности рецепторов слизистой ЦК и эндометрия к прогестерону (ПГ) и эстрадиолу (ЭД) проводилась ИГХ с использованием специфических антител (ДАКО). ИГХ реакции оценивали по методу H-score (McClelland R.A. et al., 1991) по формуле – $S=1a+2b+3c$, где a – % слабо окрашенных ядер клеток, b – % умеренно окрашенных ядер клеток, c – % сильно окрашенных ядер клеток.

Выраженность экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов оценивали следующим образом: 0-10 баллов – отсутствие экспрессии, 11-100 – слабая экспрессия, 101-200 – умеренная экспрессия, 201-300 – выраженная экспрессия (Бессмертная В.С., 2009).

Статистический анализ данных был проведен при помощи пакета прикладных статистических программ BMDP, ориентированных на анализ биомедицинских данных.

У 32 (35,6%) пациенток основной группы с ИЦН гистологически диагностирована недостаточность обеих фаз менструального цикла, несмотря на нормальные показатели ПГ и ЭД на 21-23 день МЦ, что, возможно, связано с наличием хронического эндоцервицита и эндометрита, сопровождающихся поражением рецепторного аппарата цилиндрического эпителия. Хронический воспалительный процесс в ЦК шейки и полости матки был подтвержден присутствием плазматических клеток в цилиндрическом эпителии у 82 (91,1%) пациенток основной группы с ИЦН. У 46 (51,1%) женщин основной группы рецепторный аппарат эндометрия и эндоцервикса был с умеренной, а у 31 (34,4%) – с выраженной экспрессией прогестерон-рецепторов (Пр) в строме и эпителии желез. У 11 (12,2%) пациенток выявлена слабая экспрессия Пр в строме, и у 2 (2,2%) отмечалось отсутствие экспрессии Пр в эпителии желез.

После получения материала пайпель-биопсии проводили ИГХ и гистологическое исследование у 82 пациенток основной группы. 6 женщинам произведена гистероскопия в связи с наличием патологии эндометрия. У подавляющего большинства пациенток с ИЦН в цилиндрическом эпителии на 24 день менструального цикла была выявлена слабая экспрессия альфа-эстроген-рецепторов (α -Эр).

I и II подгруппе женщин была проведена прегравидарная коррекция ИЦН. В результате хирургической коррекции (I подгруппа) явления хронического эндометрита и эндоцервицита у 22 (88%) женщин сохранялись в течение 4-6 месяцев. У большинства пациенток I подгруппы наблюдалась НЛФ МЦ при умеренной экспрессии Пр и

слабой экспрессии α -Эр, сохранялась ЛИ и плазматические клетки в цилиндрическом эпителии.

Во II подгруппе у 65 (100%) женщин, где был применен метод биоревитализации, явления хронического эндоцервицита и эндометрита практически исчезли спустя 3 недели после коррекции ИЦН. Нормализовалась микрофлора влагалища, повышалась чувствительность рецепторов цилиндрического эпителия ЦК и полости матки к ПГ и ЭД. Это, по-видимому, связано с восстановлением рецепторного аппарата ЦК и эндометрия до уровня контрольной группы здоровых женщин, что подтверждает преимущества использования данного метода коррекции ИЦН и его положительный терапевтический эффект на воспалительные изменения цилиндрического эпителия. НЛФ МЦ после проведенного лечения у пациенток II подгруппы не наблюдалось.

Таким образом, у женщин с ИЦН снижена гормоночувствительность цилиндрического эпителия ЦК и полости матки в виде недостаточности I и II фаз МЦ, несмотря на нормальные показатели половых гормонов в сыворотке крови, что, возможно, связано с наличием хронического эндоцервицита и эндометрита.

ИЦН сопровождается нарушением чувствительности рецепторов слизистой ЦК и эндометрия к ПГ и ЭД в виде изменения экспрессии Пр и слабой экспрессии α -Эр в цилиндрическом эпителии, что подтверждается ИГХ исследованием после получения материала методом пайпель-биопсии.

Коррекция ИЦН путем биоревитализации шейки матки по своей эффективности, восстановлению функционального состояния шейки матки и эндометрия значительно превосходит хирургические методы коррекции ИЦН на этапе прегравидарной подготовки пациенток с данной патологией.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Д.Ф. Нажметдинова, М.Н. Негматуллаева

*Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сина
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г. Бухара.*

Имеются многочисленные публикации по изучению процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и состояния антиоксидантной системы защиты организма при нормально протекающей и патологической беременности, однако при перенашивании беременности эти изменения изучены недостаточно. В связи с этим, учитывая неразрывную связь возникновения перенашивания беременности с метаболическими нарушениями в системе гомеостаза, изменения процессов ПОЛ можно рассматривать как одно из звеньев многокомпонентного патологического процесса.

Цель исследования – изучить особенности изменения липидного обмена при переношенной беременности.

Всего было обследовано 200 беременных, контрольную группу (I) составили 50 беременных с доношенным сроком, 75 – с пролонгированной (II группа) и 75 – с переношенной беременностью (III группа). В сыворотке крови определяли содержание общего холестерина, холестерина в его транспортных формах: холестерин в липопротеидах низкой (ЛПНП) и высокой (ЛПВП) плотности, содержание триглицеридов (ТГ) на автоматизированном биохимическом комбайне «Autohumolizer F1» («Human», Германия) с помощью специальных наборов реактивов. На основании полученных данных рассчитывали коэффициент атерогенности.

У всех исследованных групп беременных нами было определено содержание триглицеридов в сыворотке крови. Проведенные в этом плане исследования показали развитие гипертриглицеридемии при переношенной беременности.

Так, содержание ТГ в сыворотке крови у женщин с пролонгированной беременностью возрастал до $1,61 \pm 0,11$ ммоль/л, при

переношенной – до $1,68 \pm 0,12$ ммоль/л, при значении данного показателя у женщин с доношенной беременностью $1,37 \pm 0,05$ ммоль/л. Как видно из приведенных данных, если уровень триглицеридов при пролонгированной беременности имеет лишь тенденцию к увеличению, то при переношенной беременности он статистически значимо возрастает в 1,23 ($p < 0,05$) раза.

В нарушении липидного обмена большое значение придается перекисной модификации липопротеинов, в первую очередь, ЛПНП, что, очевидно, объясняется особенностями их липидного состава. Перекисно-модифицированные липопротеиды могут оказывать влияние на развитие дисбаланса стероидных гормонов.

Таким образом, у женщин с пролонгированной и переношенной беременностью отмечается смешанная форма дислипидотеинемии, характеризующаяся гипертриглицеридемией, гиперхолестеринемией и увеличением уровня холестерина в липопротеидах очень низкой и низкой плотности на фоне снижения его уровня в ЛПВП, обуславливая высокий риск атерогенности с прогнозом на развитие фетоплацентарной недостаточности.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Д.Ф. Нажметдинова

*Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сина
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г. Бухара.*

Перенашивание беременности (ПБ) является проблемой, представляющей большой научный и практический интерес в акушерстве. Актуальность её объясняется большим числом осложнений в родах, высокой перинатальной смертностью. Плацентарная недостаточность при перенашивании беременности развивается у каждой третьей женщины, и в 70% случаев плод переносит хроническую гипоксию. Неонатальная заболеваемость при ПБ достигает 29%, а перинатальная смертность – 19%, что намного выше, чем при

доношенной беременности. Это связано с низкой устойчивостью плода к гипоксии вследствие большей зрелости головного мозга и с уменьшением поступления к нему кислорода из-за морфологических изменений в плаценте при ПБ.

Цель исследования – оценка эффективности лечения фетоплацентарной недостаточности (ФПН) при переносной беременности.

Нами было исследовано 200 женщин. I группу составили 50 беременных с физиологическим течением беременности. II группа – 75 пациенток со сроком гестации более 41 недели и III группа – 75 беременных сроком гестации более 42 недель. Всем беременным, находившимся до родов в стационаре, провели клинико-лабораторные исследования. Оценка состояния фетоплацентарного комплекса проводилась на основании результатов эхографического исследования и нестрессового теста, предложенного И.С. Сидоровой (2000), представляющего собой пятибалльную шкалу изучаемых признаков. Итоговый индекс 5 баллов свидетельствует об отсутствии признаков ФПН, 4 балла – о наличии признаков компенсированной формы ФПН, 3 балла – субкомпенсированной, 2 балла – декомпенсированной, 1 балл – о наличии критической формы ФПН.

Функциональную оценку состояния фетоплацентарной системы проводили у 150 беременных в сроке гестации 41-42 недели и более. Отмечалась выраженная взаимосвязь между нарастанием срока гестации и увеличением числа наблюдений с эхографическими признаками нарушения морфофункционального состояния фетоплацентарной системы. При исследовании биофизического профиля плода были выявлены достоверные нарушения состояния внутриутробного плода при переносной беременности.

Субкомпенсированная форма ФПН, по данным итогового индекса, была выявлена во II группе у 33,3% случаев, а в III группе – у 53,3% беременных, декомпенсированная форма – у 6,7% во II и 22,7% в III группе соответственно. После включения в комплексную проводимую медикаментозную терапию хофитола увеличилось число случаев,

получавших итоговый индекс 5-4 балла – от 60% до 88% во второй группе, а в III группе этот показатель повысился от 17,3% до 41,2% в сравнительном отношении 28% и 23,9% соответственно. Выявленное нами улучшение состояния кровообращения в системе мать-плацента-плод под влиянием проведенной терапии, несомненно, является положительным фактом и имеет принципиальное значение в выборе тактики ведения беременности.

Таким образом, на основании результатов ультразвуковых исследований, проведенных накануне родов, степени выраженности снижения функциональной активности внутриутробного плода, а также полученных данных мониторинга биофизического профиля плода в процессе комплексной антенатальной терапии для оценки ее эффективности можно прогнозировать осложнения течения родов, их исход для плода и на основе чего выработать рациональную акушерскую тактику.

КАТАМНЕЗ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

О.В. Ремнёва, А.Д. Ощепкова, А.А. Ярцев

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края»; Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Барнаул.

На долю преждевременных родов в мире приходится от 5 до 11,5% и, вопреки усилиям научного и практического акушерства, тенденции к снижению не наблюдается. Эта проблема имеет большое медицинское и социальное значение, что связано с высокой частотой детской инвалидности глубоко недоношенных детей, колоссальной стоимостью их выхаживания. В Алтайском крае в 2015 году частота преждевременных родов составила 6,6%, а среди беременных группы высокого риска достигла 13%.

С переходом на новые критерии живорождения назрела необходимость точного понимания прогноза в отношении новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела. В связи с этим нами был проведен клинико-статистический анализ 111 перинатальных исходов, произошедших в результате 101 преждевременных родов. В 7,9% случаев беременность была многоплодной. С учётом срока родоразрешения новорождённые были разделены на две группы: I группа – глубоко недоношенные новорождённые (n=31) и II группа – новорождённые с тяжёлой и средней степенью недоношенности (n=80), родившиеся в сроки 22-27 и 28-33 недели беременности соответственно.

Статистическую обработку полученных результатов выполняли с помощью пакета анализа программ Statistica 6.0 и SigmaStat 3.5. Для определения достоверности отличий качественных признаков использовали 2x2 Contingency Table и критерий χ^2 . Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования продемонстрировали, что ранняя неонатальная и младенческая смертность происходили чаще в I группе (72,8%) против 14,1% случаев во II группе соответственно ($p < 0,0001$). Глубоко недоношенные новорождённые почти в половине случаев (48,4%) умирали в раннем неонатальном периоде, что было идентичным с исходами недоношенных новорождённых, имеющих тяжёлую и среднюю степень недоношенности (50,0% случаев; $p > 0,05$).

Спустя два года после рождения по заключению врача педиатра относительно здоровых детей в I группе было достоверно меньше по сравнению с таковыми во II группе (3,0% и 51,8% соответственно; $p < 0,0001$). Большинство недоношенных детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, состояло на диспансерном учёте у невропатолога с диагнозом – перинатальное поражение центральной нервной системы (57,1% и 16,2% в группах сравнения соответственно; $p < 0,05$). Следует отметить, что в структуре неврологической заболеваемости доля детей-инвалидов, страдающих детским церебральным параличом, в сопоставляемых группах достоверно не

отличалась – 4 (12,1%) и 16 (18,8%) в I и II группах соответственно ($p>0,05$). У 5 детей (7,4%), родившихся с экстремально низкой массой тела, была выявлена патология органа зрения.

Таким образом, анализ перинатальных исходов младенцев, имеющих при рождении глубокую, тяжёлую и среднюю степень тяжести недоношенности, демонстрирует их прямую зависимость от срока гестации. Катамнез детей с экстремально низкой массой тела прогностически наиболее неблагоприятен в отношении выживаемости и здоровья в будущем. Среди младенцев, рождённых в сроки 22-27 недель беременности, высока доля не только перинатальной и младенческой смертности, но и неврологической заболеваемости, преимущественно в виде последствий перинатальных поражений центральной нервной системы гипоксически-ишемического генеза. Примечательно, что частота детского церебрального паралича у новорождённых с экстремально низкой массой тела идентична таковой у детей, появившихся на свет в сроки 28-33 недели беременности.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С СТРЕССОВОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ

Н.М. Романенко*, О.П. Петрова, И.Г. Лашкова****

* *Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь.*

** *Общество с ограниченной ответственностью «Гармония МЕД», г. Симферополь.*

Недержание мочи (инконтиненция) у женщин до настоящего времени остается актуальной медицинской и социальной проблемой. Согласно данным зарубежной и отечественной статистики, частота стрессовой инконтиненции составляет 51-77%. Стрессовое недержание мочи (СНМ) – произвольные потери мочи, связанные с превышением внутрипузырного давления над максимальным уретральным в отсутствие сокращений детрузора. Возникает при кашле, смехе, чихании,

физической нагрузке. Причиняет значительные страдания женщинам: приблизительно у половины пациенток – депрессия; женщины ограничивают свою физическую активность из-за неприятного запаха разлагающейся мочи; снижается качество жизни. СНМ может быть легкой, средней и тяжелой степени. Большинство женщин считают, что СНМ является естественным признаком старения и не существует эффективных и безопасных методов лечения. Однако, лечить СНМ можно. Существуют консервативные и хирургические методы лечения инконтиненции. Консервативное лечение показано пациенткам с легкой степенью СНМ и при невозможности хирургической коррекции в связи с наличием серьезной экстрагенитальной патологии. Включает медикаментозную терапию (вагинальное применение эстрогенов), немедикаментозные методы лечения (тренировка мышц тазового дна по Кегелю, вагинальные пессарии). Хирургическое лечение показано при выраженных анатомических дефектах тазового дна и поддерживающих структур, сопутствующем пролапсе тазовых органов, несостоятельности мышц тазового дна, а также при неэффективности консервативного лечения. Традиционным хирургическим методом является проведение передней кольпоррафии с наложением поперечных швов по Kelly для создания опоры мочевого пузыря. Наиболее эффективными являются слинговые операции. Слинг обеспечивает оптимальную уретральную поддержку и смыкание уретры, тем самым, способствует стабилизации пузырной шейки при физической нагрузке. В связи с развитием лазерной медицины разработан новый способ лечения СНМ – минимально инвазивная вагинальная лазерная процедура. Тепловая энергия от лазерного источника, особенно во влажной окружающей среде (во влагалище), улучшает структуру коллагена и стимулирует неоколлагенез. В результате этих процессов периуретральные ткани становятся более эластичными, улучшается поддержка мочевого пузыря.

Нами проведена оценка эффективности лазерной процедуры для лечения легкой и средней степени тяжести СНМ у 47 пациенток в возрасте 25-45 лет. Жалобы: дискомфорт в области промежности, непроизвольное мочеиспускание при физической нагрузке и при половом

акте. Все пациентки были консультированы урологом. Для проведения процедуры использовался аппарат для вакуумного лазерного массажа с вибромагнитнолазерной головкой «Матрикс-Уролог» (производитель ООО НИЦ «Матрикс», Россия). Лечение амбулаторное, 7-10 процедур. Динамическое наблюдение через 6 месяцев и 1 год. Результаты лечения у всех пациенток положительные. Следовательно, вакуумная лазерная процедура является эффективной, безопасной и удобной для пациенток с СНМ.

РЕАКЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ И ВОДНЫХ СЕКТОРОВ ОРГАНИЗМА НА ОПЕРАЦИОННЫЙ СТРЕСС У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ. ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

А.Н. Рымашевский, И.В. Михно, Е.И. Бабердин, А.С. Губарь, И.П. Зеленков, В.Ю. Якунин

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону.

Спинномозговая анестезия (СМА) в настоящее время приобретает все большую популярность среди анестезиологов и акушеров-гинекологов, однако в периодической печати продолжается дискуссия по поводу показаний и безопасности применения СМА при абдоминальном родоразрешении женщин с тяжелой преэклампсией. В современных протоколах проведения СМА у женщин с преэклампсией имеются значительные различия в рекомендациях по объему интраоперационной инфузионной терапии. Инфузионная программа должна быть адаптирована к тяжести состояния женщины с учетом особенностей реакции гемодинамики на СМА.

Обследовано 85 женщин с помощью реографа КМ-АР-01 «Диамант», оперативное родоразрешение которым проводилось с использованием СМА. Инфузионную терапию при развитии СМА проводили внутривенно струйно до коррекции гемодинамических расстройств (считали, что изменение среднего артериального давления и

частоты сердечных сокращений более 20% от исходного требует коррекции), затем внутривенно капельно. Общий объем инфузии за время операции составлял 20-32 мл/кгМ.т., кровопотеря – 8-13 мл/кгМ.т.

Группу контроля составили 30 женщин с неосложненной беременностью; группу 1 – 26 женщин с преэклампсией средней степени тяжести; группу 2 – 29 женщин с тяжелой преэклампсией. Группы женщин были сопоставимы по росту-весовым показателям, паритету родов, возрасту, объему кровопотери. Исследование проводили в динамике: 1-й этап – до операции, 2-й этап – во время операции (после ушивания матки), 3-й, 4-й и 5-й этапы – в первые, третьи и на пятые сутки после операции соответственно.

Статистическая обработка материала осуществлялась пакетом прикладных программ «Excel» (раздел «Анализ данных») с использованием средней арифметической и стандартной ошибки средней. Статистическую значимость различий между группами обследованных женщин, а также достоверность изменений показателей на этапах исследования оценивали по *t*-критерию Стьюдента. Применяли двухвыборочный *t*-тест с различными дисперсиями для несвязанных выборок с двухсторонней вероятностью различия показателей.

У беременных с преэклампсией средней степени тяжести уровень сердечного индекса (СИ) составлял в среднем 79%, а общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) – 171% по сравнению с показателями группы контроля. Прогрессирование преэклампсии до тяжелой степени сопровождалось дальнейшим нарушением гемодинамики – уровень СИ составлял в среднем 58%, а ОПСС – 209% от уровня женщин с неосложненной беременностью.

В группе контроля на фоне СМА отмечается закономерное снижение ОПСС в среднем на 22%, и компенсаторно возрастал СИ – на 24%. В послеоперационном периоде СИ и ОПСС незначительно отличались от исходных.

У женщин группы 1 во время операции происходило снижение ОПСС в среднем на 40% и увеличение СИ на 43%. Выраженное снижение ОПСС на фоне СМА свидетельствует о преимущественно

нейрогенном механизме формирования артериолоспазма у женщин с преэклампсией средней степени тяжести. В первые сутки после операции уровень ОПСС регистрировался на 13% ниже, а СИ – на 7% выше исходных значений. На третьи сутки существенной динамики не выявлялось. На пятые сутки уровень СИ определялся в среднем на 6% ниже, а ОПСС – на 15% выше по сравнению с группой контроля.

На фоне СМА у женщин с тяжелой преэклампсией ОПСС снижался в среднем на 37% от исходного. Несмотря на это, уровень ОПСС оказался на 69% выше аналогичного показателя группы контроля, что свидетельствует о возрастании роли гуморальных механизмов в формировании артериолоспазма. Следствием относительно высокого ОПСС явилось снижение объема инфузии, необходимого для стабилизации гемодинамики при развитии СМА, на 30% меньше по сравнению с группой контроля. В послеоперационном периоде в первые и третьи сутки отсутствовала существенная динамика СИ и ОПСС. На пятые сутки уровень СИ составлял в среднем 79%, а ОПСС – 143% по сравнению с аналогичными показателями женщин с неосложненной беременностью. Таким образом, у женщин с тяжелой преэклампсией даже на пятые сутки после операции определяется гипокинетический тип кровообращения, статистически значимое отличие показателей гемодинамики от группы контроля, что свидетельствует о сохраняющихся грубых нарушениях нейрогуморальной регуляции системы кровообращения.

У женщин с физиологическим течением беременности объем внеклеточной жидкости (ОВнеЖ) превышал должный уровень в среднем на 2,52%. У беременных с гестозом средней степени тяжести данный показатель отличался более высоким уровнем – 12,50%. Прогрессирование гестоза до тяжелой степени сопровождалось увеличением интерстициальной гипергидратации, на 15,41% превышающим должный уровень.

ОВнеЖ у женщин группы контроля во время оперативного родоразрешения повышался в среднем до уровня, на 3,47% превышающего должный. В первые сутки после операции описываемый

показатель существенно не изменялся. На третьи и пятые сутки ОВнеЖ уменьшался в среднем до уровня 1,63 и 0,81% соответственно. Полученные данные отражают характерную при неосложненной беременности умеренную интерстициальную гипергидратацию и закономерное ее снижение после родоразрешения.

У женщин с преэклампсией средней степени тяжести во время операции ОВнеЖ существенно не менялся – в среднем 12,68%. В первые, третьи и на пятые сутки после операции регистрируется снижение до уровня 10,52, 5,94 и 3,08% соответственно.

У женщин с тяжелой преэклампсией интраоперационно отмечен небольшой рост интерстициальной гипергидратации – до 15,80%. В дальнейшем происходило снижение ОВнеЖ: в первые, третьи и на пятые сутки после операции превышение должного уровня в среднем составляло 12,61, 8,11 и 5,20% соответственно.

Таким образом, у женщин с преэклампсией средней степени тяжести в развитии генерализованного артериолоспазма превалирует нейрогенный механизм. Операционный стресс не приводит к ухудшению кровообращения в послеоперационном периоде.

При прогрессировании преэклампсии до тяжелой степени увеличивается роль гуморальных механизмов в поддержании артериолоспазма, вследствие этого требуется меньший объем инфузионной терапии во время развития СМА. После оперативного родоразрешения сохраняются выраженные нарушения гемодинамики и гипокинетический тип кровообращения.

У женщин с преэклампсией средней и тяжелой степени интраоперационная инфузионная терапия в объеме 1500-2000 мл не вызывает существенного увеличения интерстициальной гипергидратации.

ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А.Н. Рымашевский, И.В. Михно, Е.И. Бабердин, А.С. Губарь

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону.

У женщин с преэклампсией дисциркуляторные нарушения и гипоксия головного мозга ведут к развитию энцефалопатии. Ряд патологических реакций при оперативном родоразрешении реализуется через те же механизмы, что и патогенез преэклампсии, вызывая взаимное потенцирование. При этом формируется «медиаторный взрыв», усиливающий степень повреждения организма. Интерес представляет оценка степени поражения центральной нервной системы у женщин с преэклампсией в периоперационном периоде. Концентрация в крови нейрон-специфической енолазы (NSE) является информативным показателем, так как данный белок содержится преимущественно в нейронах и попадает в кровоток только при их поражении.

Проведено обследование 85 женщин, оперативное родоразрешение которым выполнялось на фоне общепринятой спинномозговой анестезии. Группу контроля составили 30 женщин с неосложненной беременностью; группу 1 – 26 женщин с преэклампсией средней степени тяжести; группу 2 – 29 женщин с тяжелой преэклампсией. Тяжесть преэклампсии определяли согласно шкале Гоеске в модификации Г.М. Савельевой. Формирование групп обследованных женщин производилось методом стратифицированной рандомизации. Группы обследованных женщин были сопоставимы по росту-весовым показателям, возрасту, паритету родов.

Для определения уровня NSE в периферической крови пациенток применяли метод твердофазного иммуноферментного анализа с использованием набора реагентов фирмы «Fujirebio Diagnostics» с помощью анализатора «Multiscan Primari EIA V.2.1-0». Исследование

концентрации NSE проводили в динамике: 1-й этап – до операции, 2-й, 3-й и 4-й этапы – в первые, третьи и на пятые сутки после операции.

Статистическая обработка материала осуществлялась пакетом прикладных программ «Excel». Статистическую значимость различий между группами обследованных женщин, а также достоверность изменений показателей на этапах исследования оценивали по *t*-критерию Стьюдента. Применяли двухвыборочный *t*-тест с различными дисперсиями.

У женщин с преэклампсией средней степени тяжести предоперационная концентрация NSE была умеренно повышена и превышала ее уровень у беременных группы контроля в среднем на 74%. Исходный фон женщин с тяжелой преэклампсией характеризовался повышенной на 121% концентрацией данного фактора по сравнению с аналогичным показателем беременных группы контроля.

Уровень NSE у женщин с неосложненной беременностью после абдоминального родоразрешения изменялся следующим образом: в первые сутки после операции отмечена максимальная концентрация NSE – на 70% выше исходной. В дальнейшем происходило постепенное снижение, и на пятые сутки уровень NSE был ниже предоперационного в среднем на 41%.

Динамика уровня NSE у женщин 1-й группы была сопоставима с изменением данного показателя у пациенток с неосложненной беременностью, но происходила на более высоком уровне. Максимальное повышение концентрации этого нейроспецифического энзима у родильниц с преэклампсией средней степени тяжести также отмечено в первые сутки после операции – на 36% от исходной, что оказалось в среднем на 34% выше аналогичного показателя женщин группы контроля. На третьи сутки концентрация NSE не отличалась от предоперационной. На пятые сутки после кесарева сечения уровень NSE значительно снизился (в среднем на 57% ниже исходного) и существенно не отличался от концентрации у родильниц группы контроля.

У женщин с тяжелой преэклампсией 2-й группы концентрация NSE на всех этапах исследования статистически значимо отличалась от ее

уровня у пациенток с неосложненной беременностью. Наиболее высокая концентрация данного нейроспецифического белка определялась в первые сутки после операции, что оказалось выше исходной в среднем на 49% и аналогичного показателя группы контроля на 86%. На третьи сутки существенной динамики не определялось. На пятые сутки уровень NSE значительно снизился и регистрировался на 23% ниже исходного, но оставался выше аналогичного показателя родильниц группы контроля в среднем на 214%.

У женщин с неосложненной беременностью абдоминальное родоразрешение на фоне спинномозговой анестезии вызывает повышение концентрации NSE в пределах нормальных значений, что является отражением адекватности адаптационных реакций операционной агрессии.

У пациенток с преэклампсией средней степени тяжести операционная агрессия сопровождается умеренным поражением нейронов, на что указывает повышенная концентрация NSE в первые сутки после кесарева сечения.

Уровень NSE у беременных с тяжелой преэклампсией значительно повышен, что свидетельствует о гипоксически-ишемическом повреждении мозга (энцефалопатии). Операционный стресс усиливает поражение центральной нервной системы (связанное с сочетанным воздействием воспалительных и гипоксических факторов), что сопровождается ростом концентрации NSE до высоких значений в первые трое суток после абдоминального родоразрешения.

ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

А.Н. Рымашевский, И.В. Михно, И.П. Зеленков, В.Ю. Якунин
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону.

Важная роль в повреждении структурно-функциональных свойств клеточных мембран при преэклампсии принадлежит свободнорадикальным процессам, активация которых приводит к дисфункции внутриклеточных метаболических процессов, способствует развитию и прогрессированию полиорганной недостаточности.

Динамика концентрации перекисей в сыворотке крови позволяет судить о балансе между окислительным статусом и антиоксидантной системой, так как существует прямая зависимость между уровнем активных форм кислорода и концентрацией перекисей.

Проведено обследование 85 женщин, оперативное родоразрешение которым выполнялось на фоне спинномозговой анестезии (СМА). Группу контроля составили 30 женщин с неосложненной беременностью; группу 1 – 26 женщин с преэклампсией средней степени тяжести; группу 2 – 29 женщин с тяжелой преэклампсией. Тяжесть преэклампсии определяли согласно шкале Гоеске в модификации Г.М. Савельевой. Формирование групп обследованных женщин производилось методом стратифицированной рандомизации. Группы обследованных женщин были сопоставимы по росту-весовым показателям, возрасту, паритету родов.

Для определения уровня перекисей применяли метод твердофазного иммуноферментного анализа. Использовали набор реагентов фирмы «Biomedica» – OxyStat. Активность супероксиддисмутазы (СОД) определяли непрямым спектрофотометрическим методом, основанным на реакции супероксидзависимого окисления кверцетина и ингибирования данной реакции СОД, с определением разницы оптической плотности (немедленно после добавления кверцетина и через 20 минут инкубации) при длине волны 406 нм.

Исследование концентрации перекисей и активности СОД проводили в динамике: 1-й этап – до операции, 2-й этап – во время операции (после ушивания апоневроза), 3-й, 4-й и 5-й этапы – в первые, третьи и пятые сутки после операции.

Статистическая обработка материала осуществлялась пакетом прикладных программ «Excel» (раздел «Анализ данных») с

использованием средней арифметической и стандартной ошибки средней. Статистическую значимость различий между группами обследованных женщин, а также достоверность изменений показателей на этапах исследования оценивали по *t*-критерию Стьюдента. Применяли двухвыборочный *t*-тест с различными дисперсиями для несвязанных выборок с двухсторонней вероятностью различия показателей.

У беременных с преэклампсией средней степени тяжести концентрация СОД перед операцией была умеренно увеличена – в среднем на 10%, а уровень перекисей регистрировался на 7% выше по сравнению с женщинами с неосложненным течением беременности. Прогрессирование преэклампсии до тяжелой степени характеризовалось значительным снижением уровня СОД – в среднем на 17% и повышением концентрации перекисей на 68% по сравнению с группой контроля. Полученные данные свидетельствуют о выраженной активации свободнорадикальных процессов на фоне декомпенсации антиоксидантной системы у беременных с тяжелой преэклампсией уже в предоперационном периоде.

У женщин с неосложненной беременностью во время оперативного родоразрешения отмечается повышение уровня перекисей (в среднем на 37%) и компенсаторное увеличение активности СОД. В первые сутки послеоперационного периода определяется максимальная концентрация СОД (163% от исходной). На этом фоне регистрируется снижение уровня перекисей (до 46% от предоперационных значений). На третьи сутки отмечается истощение активности СОД (в среднем на 23% ниже исходной) и увеличение концентрации перекисей. Восстановление активности СОД определяется на пятые сутки после операции, при этом уровень перекисей регистрировался на 12% ниже предоперационного.

У женщин с преэклампсией средней степени тяжести концентрация перекисей во время операции, а также в первые и на третьи сутки послеоперационного периода превышает уровень группы контроля (в среднем на 27, 120 и 25% соответственно). При этом концентрация СОД во время оперативного родоразрешения была выше аналогичного показателя группы контроля на 7%, а в первые и на третьи сутки

отмечается истощение активности, и уровень регистрируется на 6 и 18% соответственно ниже, чем у женщин с физиологической беременностью. На пятые сутки определяется повышение концентрации СОД, а уровень перекисей снизился до сопоставимого с группой контроля.

У женщин с тяжелой преэклампсией концентрация перекисей во время операции в среднем превышала уровень группы контроля на 85%, а в послеоперационном периоде в 1-е, 3-и и на 5-е сутки на 231, 78 и 71% соответственно. При этом уровень активности СОД во время оперативного родоразрешения регистрировался на 14% ниже по сравнению с аналогичным показателем группы контроля, а в послеоперационном периоде в первые, третьи и на пятые сутки данное отличие составляло 21, 32 и 16% соответственно.

Таким образом, у женщин с неосложненной беременностью при проведении оперативного родоразрешения на фоне СМА происходит интенсификация свободнорадикальных процессов и формируется стандартная адаптационная реакция антиоксидантной системы. В динамике данная реакция характеризуется определенной закономерностью: максимальной активацией в первые послеоперационные сутки, некоторым истощением на третьи сутки и восстановлением компенсаторных возможностей на пятые сутки.

При беременности, осложненной преэклампсией средней степени тяжести, развивается напряжение, а при прогрессировании преэклампсии до тяжелой степени – истощение антиоксидантной системы, что снижает адаптационные возможности организма и ведет к формированию хронического оксидативного стресса, как одного из ведущих звеньев патогенеза заболевания. При проведении оперативного родоразрешения дисбаланс между процессами свободнорадикального окисления и антиоксидантной системой усиливается. При преэклампсии средней степени тяжести окислительный стресс можно характеризовать как субкомпенсированный, с умеренным повышением концентрации перекисей в интра- и послеоперационном периодах. Тяжелая преэклампсия характеризуется декомпенсированным окислительным стрессом с выраженным повышением уровня перекисей до и во время

оперативного родоразрешения и в течение пяти суток послеоперационного периода.

ПРЕНАТАЛЬНЫЙ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА И ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Г.Э. Сухарева*, О.Н. Кострицова**

** Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь.*

*** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко», обособленное структурное подразделение «Перинатальный центр», г. Симферополь.*

Под нашим наблюдением находились 16 детей от 0 до 12 лет с опухолью сердца: 14 – с рабдомиомой, 1 – с миксомой, 1 – с папиллярной фиброэластомой. Опухоль быстро увеличивалась во второй половине беременности и достигала максимума к моменту рождения. В 6 (42,9%) наблюдениях рабдомиома была представлена множественными узлами, которые локализовались в межжелудочковой перегородке, правом желудочке, в стенке левого желудочка, в толще папиллярной мышцы. В 7% опухоль локализовалась в мембранозной части межжелудочковой перегородки и выходном тракте левого желудочка, вызывая его обструкцию. У 4 (28%) новорожденных рабдомиома была представлена единичным узлом, однако большие размеры и неблагоприятная локализация опухоли обусловили выраженные нарушения гемодинамики. У 42,9% больных с множественными рабдомиомами с 5-12 месяцев появились симптомы туберозного склероза. Эхокардиография детей с рабдомиомой в динамике показала, что у 48% по мере взросления отмечалось уменьшение опухоли, а у 18% – исчезла бесследно. Доминирующим в клинике больных с туберозным склерозом стало поражение нервной системы. Нейросонография, рентгеновская компьютерная томография и магнитно-резонансная томография выявили туберсы в головном мозге у всех детей. Ребенок с папиллярной фиброэластомой был успешно прооперирован.

Таким образом, в диагностике опухолей сердца у детей важна своевременная пренатальная верификация диагноза, что позволяет вовремя направить пациента к детским кардиологам и кардиохирургам.

СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗА НЕУДАЧНЫХ ПОПЫТОК ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ТРОМБОФИЛИЕЙ

Д.Ш. Таравнех, Т.Л. Весич

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков.

В наши дни предметом активного обсуждения становятся программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и повышение их результативности. В 2/3 случаев потери во время имплантации связаны со структурно-функциональными изменениями эндометрия, а также с последствиями приобретенной или наследственной тромбофилии, что определяет неспособность эндометрия к имплантации.

На фоне стимуляции суперовуляции, которая предшествует ЭКО, происходит изменение параметров системы свертывания крови. У женщин, входящих в группу риска по развитию тромбофилии (нарушение липидного обмена, табакокурение, аутоиммунные заболевания, наследственный полиморфизм генов), более выражены изменения в системе гемостаза, что может приводить к тромбообразованию и нарушению микроциркуляции.

Цель – разработка способа дифференциальной диагностики и прогноза неудачных попыток ЭКО на основании определения патологических маркеров тромбофилии, которые приводят к патологическим изменениям в эндометрии и невозможности имплантации эмбриона.

Обследовано 48 женщин с тромбофилией, находившихся в программе ЭКО. Из них 20 женщин – с неудачными попытками ЭКО (I группа) и 28 женщин, у которых после программ ЭКО наступила беременность (II группа). У всех пациенток обеих групп в анамнезе имел

место отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: преембрионические потери, неразвивающаяся беременность, внематочная беременность, привычное невынашивание, антенатальная гибель плода.

Пациенткам обеих групп проводилось полное клинико-лабораторное обследование, выявление генетических форм тромбофилии методом полимеразной цепной реакции: полиморфизм PAI, мутации протромбина (G20210A), мутации MTHFR C677T FV Leiden, полиморфизм в гене ангиотензиногена, полиморфизм в гене гликопротеина, полиморфизм в гене фибриногена, определение концентрации антифосфолипидных антител (АФА) и кофакторов в плазме крови, исследование системы гемостаза.

Мутация фермента MTHFR C677T сопровождалась гипергомоцистеинемией. Высокий уровень гомоцистеина плазмы связывают с уменьшением диаметра сосудов в ворсинках хориона и невынашиванием беременности.

Также определялся титр антифосфолипидных антител (АФА) и их кофакторов (антитела к аннексину, антитела к протромбину, антитела к β 2-гликопротеину).

Повышенный уровень АФА в I группе женщин с неудачными попытками ЭКО в анамнезе диагностирован у 40,0% пациенток. Циркуляция кардиолипидных антител была обнаружена у 10,0% женщин с неудачными попытками ЭКО и у 2 (7,1%) женщин во II группе, где беременность наступила после ЭКО, то есть из 20 женщин с АФА и неудачными попытками ЭКО у 18 кардиолипидные антитела отсутствовали, но при этом были обнаружены антитела к другим фосфолипидам и их кофакторам. Определение кардиолипидных антител не всегда можно считать информативным методом исследования.

При анализе структуры тромбофилии в I группе наиболее распространенной формой тромбофилии оказался полиморфизм гена PAI-1, он был диагностирован у 14 (70%) пациенток. Полиморфизм гена PAI-1 «675 4G / 5G» (гетерозиготная форма) был обнаружен у 8 женщин (40,0%), а «675 4G / 4G» (гомозиготная форма) – у 6 обследованных (30

0%). Мутация гена MTHFR C677T – у 12 (60,0%), из них гомозиготная форма – у 5 (25,0%), а гетерозиготная – у 7 (35,0%) пациенток. Мутация FV Лейден была обнаружена у 2 (10,0%) пациенток (гетерозиготная форма). Мутация протромбина G20210A была обнаружена у 1 (5,0%) женщины – гетерозиготная форма. У 25,0% пациенток был обнаружен полиморфизм гена ангиотензин превращающего фактора (АПФ) «I/D». У 20,0% пациенток – полиморфизм рецептора ангиотензина II «1166 A/C» (гетерозиготная форма). Комбинированные формы тромбофилии (генетические и приобретенные (АФА) формы) были обнаружены у 35,0%. Генетические формы тромбофилии и гипергомоцистеинемия – у 25,0%. Обращает на себя внимание высокий процент антифосфолипидного синдрома в I группе, где он был диагностирован у 8 (40, 0%) пациенток. Полиморфизм «807 G/T» тромбоцитарного рецептора Gr 1a обнаружен в 11 случаях (55,0%); у 10 (50,0%) – гетерозиготная форма, а гомозиготная форма GP 1a «807 G/T» – у 1 (5,0%). У 4 (20,0%) пациенток – полиморфизм рецептора ангиотензина II «1166 шесть A/C», у 1 (5,0%) – гомозиготная, у 3 (15,0%) – гетерозиготная форма.

При анализе структуры тромбофилии у пациенток II группы, у которых беременность наступила после программы ЭКО, наиболее распространенной формой оказался полиморфизм гена MTHFR C677T, который был обнаружен у 13 (46,4%) пациенток, полиморфизм гена PAI-1 «675 4G/5G» диагностирован у 7 (25,0%) пациенток. Мутация FV Лейден отсутствовала у всех пациенток. Мутация протромбина G20210A была обнаружена у 1 (3,5%) женщины – гетерозиготная форма. У 8 (28,60%) пациенток был обнаружен полиморфизм гена АПФ «I/D». У пациенток II группы полиморфизм рецептора ангиотензина II «1166 A/C» обнаружен не был.

Обращает на себя внимание отсутствие гипергомоцистеинемии и достоверно сниженный процент АФА во II группе, где они были диагностированы у 1 (3,6%) пациентки.

Полиморфизм «807 G/T тромбоцитарного рецептора Gr 1a обнаружен в 7 случаях (25,0%) (гетерозиготная форма). У пациенток

второй группы полиморфизм рецептора ангиотензина II «1166 А/С» обнаружен не был.

Таким образом, обнаружена значительно более высокая частота различных структурных форм тромбофилии у пациенток с неудачными попытками ЭКО. Обращает на себя внимание сочетание высокой частоты генетических форм тромбофилии PAI-1, MTHFR C677T, полиморфизм «I/D» в гене АПФ, мутация протромбина G20210A, которые влияют на уровень эндогенного фибринолиза в сочетании с циркулирующей АФА.

Согласно нашим данным, обнаружена значительно более высокая частота различных структурных форм тромбофилии у пациенток с неудачными попытками ЭКО по сравнению с женщинами, у которых беременность наступила после программы ЭКО, а именно: наличие высокого процента АФА (40,0%), гипергомоцистеинемии (23,5%), гетерозиготной мутации FV Leiden (10,0%), MTHFR C677T (60,0%), полиморфизм PAI-1 (70,0%), гетерозиготная форма полиморфизма «807 G/T тромбоцитарного рецептора Gp Ia» (55,0 %), полиморфизм «1166 А/С» в гене рецептора ангиотензина II.

Таким образом, у пациенток с неудачными попытками ЭКО в анамнезе преобладает наследственная тромбофилия, при этом тяжелые мутации генов системы гемостаза встречаются чаще, чем у пациенток с высокой эффективностью ЭКО.

Эти тяжелые мутации могут быть прогностическими маркерами неудачных попыток ЭКО у женщин с тромбофилией и требуют определения и коррекции до проведения экстракорпорального оплодотворения.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Г.А. Шегенов, А.М. Доцанова, А.С. Тулетова

Акционерное общество «Медицинский университет Астана», г. Астана.

Миома матки – основная патология репродуктивных органов, по поводу которой производится оперативное вмешательство в гинекологии.

Консервативная миомэктомия производится довольно часто у женщин репродуктивного возраста для сохранения репродуктивной функции женщин, однако операция чревата большой кровопотерей, длительной реабилитацией. С целью снижения интра- и послеоперационных осложнений предлагается предоперационная подготовка гормональными препаратами. Инновационным препаратом в лечении миомы матки является улипристал ацетат, используемый в комбинированной терапии (перед и после операции) и как монотерапия.

Целью нашего исследования явилось определение эффективности назначения улипристала ацетата перед операцией для улучшения качества оперативного вмешательства.

Мы случайным образом распределили женщин с симптомной миомой матки, у которых в жалобах имелись чрезмерное маточное кровотечение (оценка >100 баллов по шкале оценки кровопотери [по РВАС, объективной оценке кровопотери, при которой рассчитывались ежемесячно баллы в диапазоне от 0 до >500 и более, указывающие на обильные кровотечения]), анемия (уровень гемоглобина ≤ 90 г/л), т.е. были показания к оперативному лечению, на две группы. Первая группа – 10 пациенток, которые перед операцией получали улипристал ацетат в течение 3-х месяцев, вторая группа – 10 женщин, не получавших гормональную терапию. Средний возраст женщин был сопоставим и составил в среднем $32 \pm 2,4$ и $31,7 \pm 2,1$ лет. Группы были сопоставимы по размерам узлов (размеры узлов были от 4 до 7 см в обеих группах) и их расположению (субсерозно-интрамуральные узлы в обеих группах). Все пациенты получали препараты железа. После завершения курса лечения в первой группе эффективность препарата оценена по шкале маточного кровотечения (РВАС балл <75) и определением объема миомы.

Операция в обеих группах производилась одной и той же бригадой хирургов на эндоскопической стойке фирмы «Karl Storz» (Германия) с использованием одного и того же шовного материала (викрил). Во время операции оценивались: время, потраченное на удаление узла и наложения шва на матку; кровопотеря; гемоглобин до, после и в конце первых суток после операции; течение раннего послеоперационного периода

(функциональная оценка кишечника, оценка самочувствия самой женщиной по специальному опроснику). Полученные результаты подвергнуты статистической обработке.

При лечении миоматозного узла в течение 3-х месяцев маточное кровотечение купировалось в 80% (8 из 10) женщин, получавших 5 мг улипристала ацетата. После приема препарата остановка кровотечения в течение 10 дней отмечалась в 70% (7 из 10), уменьшение объема миоматозного узла было отмечено в 20% (2 из 10) случаев.

Длительность операции составила в среднем $22 \pm 0,7$ минуты в первой группе и $34,2 \pm 0,9$ минуты – во второй группе ($p \leq 0,01$). Достоверное снижение времени, потраченного на удаление узла и его ушивание, было связано с лучшими техническими возможностями вылущивания узла, меньшей кровопотерей в первой группе. Во второй группе за счет плохой возможности вылущивания узла, кровоточивости тканей мы прибегали к дополнительному гемостазу путем коагуляции. Улипристал ацетат уменьшает кровоснабжение в матке, а соответственно, и кровопотерю. Все это благоприятно влияет на предстоящую операцию и на ее исход, позволяет избежать неприятных осложнений и в послеоперационном периоде (Donnez J., Tatarчук T.F., Bouchard P. et al., 2012).

Кровопотеря в первой группе составила $155 \pm 6,7$ мл в первой группе, что достоверно ниже, чем во второй группе ($324 \pm 8,9$ мл), $p = 0,001$. Это отразилось и на показателях гемоглобина: сразу после операции гемоглобин в первой группе составил $99,5 \pm 1,2$ г/л при исходном $107 \pm 1,7$ г/л, в конце первых суток – $101,9 \pm 2,3$ г/л; во второй группе – $74,3 \pm 2,3$ г/л при исходном $92 \pm 1,9$ г/л и $87,6 \pm 1,9$ г/л соответственно.

В послеоперационном периоде нарушение функции кишечника отмечено у одной пациентки первой группы, тогда как во второй группе у 4 из 10 отмечено вздутие кишечника, вялая перистальтика кишечника.

Оценили свое состояние женщины первой группы от 7 до 9 баллов, второй группы – от 5 до 7 при максимальной оценке 10 баллов.

Таким образом, назначение улипристала ацетата в течение 3-х месяцев перед операцией эффективно останавливает кровотечение,

вызванное миомой матки, уменьшает размер миоматозного узла, уменьшает время, потраченное на операцию, кровопотерю, что способствует лучшему течению послеоперационного периода и удовлетворяет потребности пациенток.

СОДЕРЖАНИЕ

Т.Г. Аванесова, В.А. Линде, М.А. Левкович Иммунологические аспекты эндометриоза.....	3
Н.Ю. Борзова, Н.И. Иваненкова, Н.Ю. Сотникова Иммунологический статус у женщин с угрожающим и привычным выкидышем при досрочном завершении беременности.....	4
А.В. Буштырев, В.В. Антимирова, О.Ю. Бордаева, О.В. Максимова Биохимический скрининг I триместра беременности в прогнозировании вращающейся плаценты.....	5
И.О. Буштырева, С.С. Заяц, П.Ж. Заварзин, Г.В. Медведева, М.С. Приходько Влияние кровесберегающих технологий на течение послеоперационного периода и длительность пребывания пациенток в акушерском стационаре.....	7
И.О. Буштырева, М.Н. Уманский, В.С. Какурина, Е.В. Коваленко Опыт применения карбетоцина и оценка его роли в снижении послеродовых гипотонических кровотечений.....	9
И.О. Буштырева, М.Н. Уманский, О.А. Черниченко, А.В. Ковалева Сравнение эффективности и безопасности методов преиндукции родов.....	11
И.О. Буштырева, В.В. Чернавский, А.П. Баранов, К.И. Абзианидзе, А.В. Гугуева Новый взгляд на режимы антенатальной глюкокортикоидной профилактики.....	13
И.О. Буштырева, В.В. Чернавский, А.В. Гугуева, А.С. Мартиросян, А.П. Баранов Значение генетических полиморфизмов системы гемостаза для прогноза состояния недоношенных новорожденных.....	16
И.О. Буштырева, В.В. Чернавский, А.В. Гугуева, А.С. Мартиросян, А.П. Баранов Значимость полиморфизмов генов фолатного цикла для прогноза состояния недоношенных новорожденных.....	19

И.О. Буштырева, В.В. Чернавский, А.В. Гугуева, А.С. Мартиросян, А.П. Баранов Роль генетических полиморфизмов факторов сосудистой регуляции в прогнозе состояния недоношенных новорожденных.....	21
Э.Н. Васильева, Л.И. Мальцева, Т.Г. Денисова, Л.И. Герасимова, Т.Н. Сидорова Особенности здоровья новорожденных в условиях дефицита витамина Д.....	23
И.И. Иванов, М.В. Черипко, А.К. Пругло, Н.В. Косолапова, Е.Н. Прочан Родоразрешение женщин с рубцом на матке.....	26
М.Н. Козуб, К.П. Скибина, Н.И. Козуб Экспериментальное обоснование и первый опыт клинического применения криоэкстракта плаценты для лечения синдрома преждевременной недостаточности яичников.....	28
А.И. Малышкина, О.Н. Песикин, М.В. Кулигина Результаты реализации мер по повышению эффективности пренатальной диагностики в Центральном Федеральном округе Российской Федерации.....	29
Му'авия Салем Насер Альмарадат Особенности морфофункционального состояния эндоцервикса и эндометрия при истмико-цервикальной недостаточности	32
Д.Ф. Нажметдинова, М.Н. Негматуллаева Особенности изменения показателей липидного спектра в сыворотке крови при перенесенной беременности	36
Д.Ф. Нажметдинова Оценка состояния фетоплацентарной системы и ее коррекция при перенесенной беременности	37
О.В. Ремнёва, А.Д. Ощепкова, А.А. Ярцев Катамнез недоношенных детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела.....	39
Н.М. Романенко, О.П. Петрова, И.Г. Лашкова Современные возможности улучшения качества жизни пациенток с стрессовой инконтиненцией.....	41

А.Н. Рымашевский, И.В. Михно, Е.И. Бабердин, А.С. Губарь, И.П. Зеленков, В.Ю. Якунин

Реакция гемодинамики и водных секторов организма
на операционный стресс у женщин с преэклампсией.

Особенности нейрогуморальной регуляции кровообращения.....43

А.Н. Рымашевский, И.В. Михно, Е.И. Бабердин, А.С. Губарь

Гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы
у женщин с преэклампсией в периоперационном периоде.....47

А.Н. Рымашевский, И.В. Михно, И.П. Зеленков, В.Ю. Якунин

Оксидативный стресс при оперативном родоразрешении
женщин с преэклампсией.....49

Г.Э. Сухарева, О.Н. Кострицова

Пренатальный эхокардиографический скрининг
опухолей сердца и постнатальные исходы.....53

Д.Ш. Таравнех, Т.Л. Весич

Способ дифференциальной диагностики
и прогноза неудачных попыток экстракорпорального
оплодотворения у женщин с тромбофилией.....54

Г.А. Шегенов, А.М. Доцанова, А.С. Тулетова

Предоперационная подготовка больных с миомой матки.....57

*Сборник материалов XII Международной конференции
«Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии»
г. Судак, 12-13 мая 2016 г.*

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА,
ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ**

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
XII МЕЖДУНАРОДНОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ**

г. Судак, 12-13 мая 2016 г.

Ответственный за выпуск – Е.Н. Прочан

Подписано к печати 05.05.2016 г. Формат 60x84/16. Усл. печ. л. 3,72.

Заказ № 5. Тираж 300 экз. Бумага офсетная. Печать цифровая.

Отпечатано с готового оригинал-макета заказчика
в типографии издательства ИП Корниенко А.А.
295053, г. Симферополь, ул. М. Залки 7-А
тел. +7(978)770-72-88, russ001@mail.ru