

14

-Й ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР

СОЧИ – СЕНТЯБРЬ

5-8 сентября
2020 года

«Репродуктивный потенциал России:
версии и контраверсии»

Серия онлайн-школ с независимыми телестудиями

5-8
09.2020

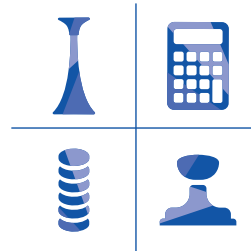
VII Общероссийская конференция

КОНТРАВЕРСИИ

неонатальной медицины
и педиатрии

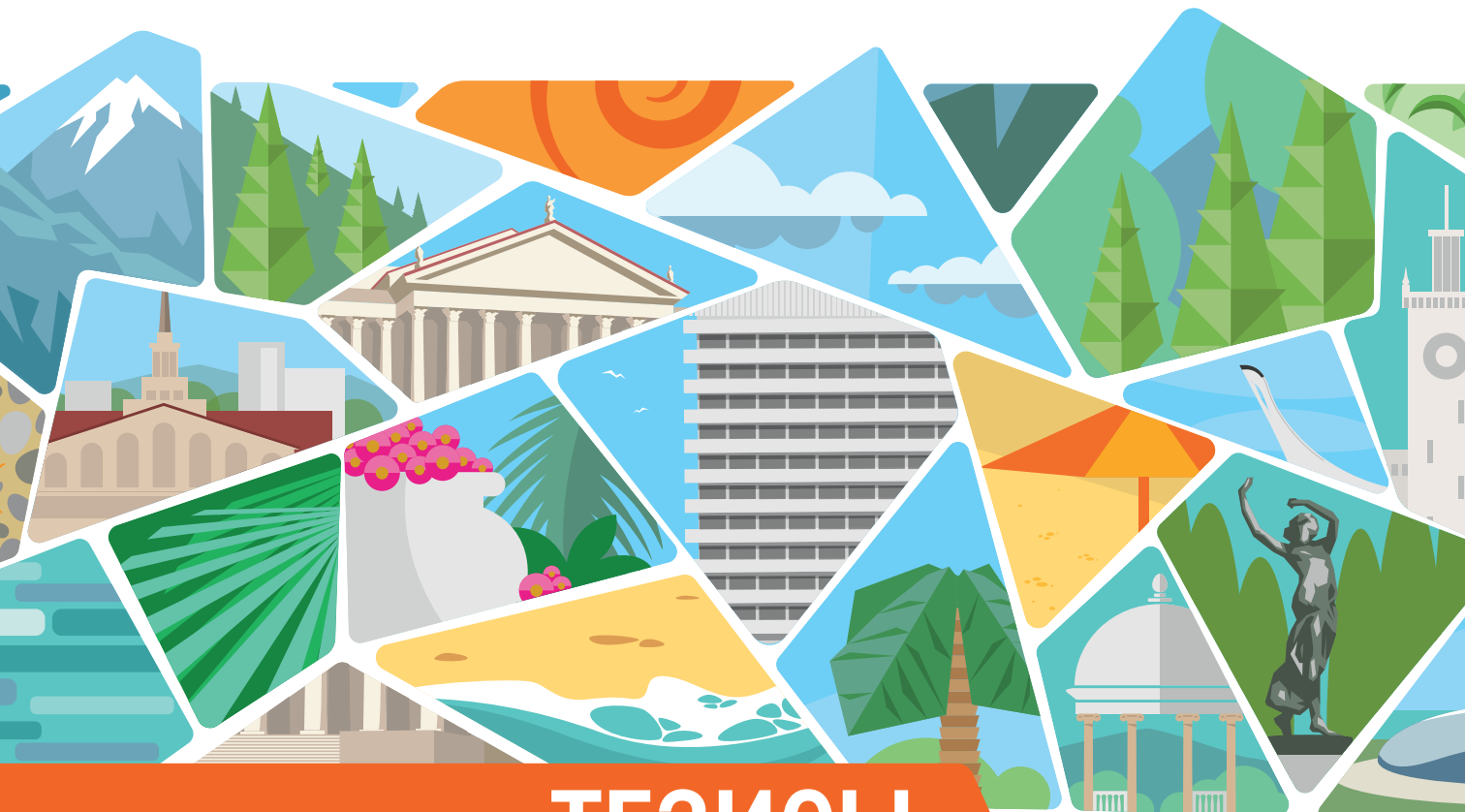
СОЧИ

Серия онлайн-школ
с независимыми телестудиями



**ГЛАВВРАЧ
21 ВЕКА**

СЕНТЯБРЬ 2020 ГОДА
СОЧИ



ТЕЗИСЫ

Тезисы

XIV Общероссийского
научно-практического семинара
**«Репродуктивный потенциал России:
версии и контраверсии»**
и VII Общероссийской конференции
**«Контраверсии неонатальной
медицины и педиатрии»**
5–8 сентября 2020 года,
г. Сочи

Москва

StatusPraesens
— profmedia —

2020

УДК 614.2/616/618
ББК 51:57.1:57.3
Т29

Т29 **Тезисы XIV Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»** и VII Общероссийской конференции «Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии» (5–8 сентября 2020 года, г. Сочи). — Москва : Изд-во журнала StatusPraesens, 2020. — 160 с.

ISBN 978-5-907218-30-7

В издании собраны тезисы докладов и научные материалы, подготовленные участниками XIV Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» и VII Общероссийской конференции «Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии» (5–8 сентября 2020 года, г. Сочи).

Актуальность тем, высокий научный авторитет докладчиков, широкий круг вопросов, волнующих представителей многих специальностей (акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров и др.), школы, на которых подробно анализируют юридические и организационные аспекты медицинской деятельности, — вот лишь некоторые из факторов, привлекающие внимание врачей-практиков и учёных к этому научно-образовательному мероприятию. Сборник тезисов призван облегчить работу делегатов семинара.

Издание предназначено для педиатров и неонатологов, акушеров-гинекологов женских консультаций, родильных домов и перинатальных центров, гинекологических отделений многопрофильных стационаров, сотрудников и руководителей кафедр акушерства и гинекологии, педиатрии, слушателей факультетов повышения квалификации медицинских работников и последиplomного образования, аспирантов, клинических ординаторов и студентов медицинских вузов.

УДК 614.2/616/618
ББК 51:57.1:57.3

Научно-практическое издание

Медицинский директор: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Кристал

Редакционный директор: Александр Васильевич Иванов

Препресс-директор: Анастасия Пушкарь

Арт-директор: Абдулатип Латипов

Координатор проекта: Ольга Александровна Цугунова

Издательский редактор: Мила Мартынова

Выпускающие редакторы: Мария Еронина, Алёна Кремёнова, Валерия Калиманова

Дизайнер: Елена Шибаета

Вёрстка: Дмитрий Амплеев

Корректоры: Лариса Миронова, Елена Соседова, Эльнара Фридовская, Надежда Мартынова

Подписано в печать 30.08.2020.

ООО «Медиабюро Статус презенс».

105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1.

Бизнес-центр «Платформа», 3-й этаж. Тел.: +7 (499) 346 3902.

Е-mail: info@praesens.ru. Сайт: praesens.ru.

Группа ВКонтакте: vk.com/praesens.

Группа в Фейсбуке: facebook.com/stpraesens.

Профиль в Инстаграме: instagram.com/statuspraesens.



9 785907 21 8307

ISBN 978-5-907218-30-7

© Медиабюро StatusPraesens, 2020

Гинекология

БОЛЕЗНИ ШЕЙКИ МАТКИ: ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК

Артёмова О.И., мл. научный сотрудник;
Виноградова О.П., проф. кафедры акушерства
и гинекологии¹.

¹ Пензенский институт усовершенствования врачей — филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования.
E-mail: artyomovaolg@gmail.com;
тел.: +7 (963) 1024551.

Патологические состояния, обусловленные папилломавирусной инфекцией, являются проблемой современной гинекологии. Скрининговые программы способны определять патологию лишь на более поздних этапах — под воздействием «незамеченного» ВПЧ продолжают происходить изменения в зоне трансформации шейки матки за счёт нарушения процессов апоптоза, главными ферментами которого являются каспазы.

The pathological condition caused by human papilloma-virus infection is a problem of modern gynecology. Screening programs are able to determine pathology only at later stages — under the influence of “undetected” HPV, changes continue in the cervical transformation zone due to disruption of apoptosis, the main enzymes of which are caspases.

Ведущую роль в патогенетических механизмах прогрессирования папилломавирусной инфекции играют иммунные реакции, которые способны вызывать транскрипцию ДНК вируса и его интеграцию в клетку^{1,2}. Вирус папилломы человека способен «ускользнуть» от антиген-презентирующего агента при первом контакте и от «клеток иммунной памяти» при дальнейших взаимодействиях³, в результате чего иммунная система не может обеспечить адекватную защиту организма. Таким образом, под воздействием «незамеченного» ВПЧ продолжают происходить изменения в зоне трансформации шейки матки за счёт нарушения процессов апоптоза³, главными ферментами которого являются каспазы¹.

Цель исследования — повышение эффективности терапии ВПЧ-ассоциированных патологий шейки матки путём определения индукторов апоптоза. Для исследования была сформирована группа контроля, которую составили относительно здоровые женщины от 18 до 45 лет без патологии шейки матки и без наличия ПВИ (40 человек). Группы исследования были представлены ВПЧ-положительными женщинами с патологией шейки матки. При проведении комплексного обследования были взяты мазки на микроскопическое и микробиологическое исследование, онкоцитологию с шейки матки выполнены кольпоскопическое исследование, оценка вирусной нагрузки. Для верификации диагноза была выполнена прицельная мультифокусная биопсия шейки. После проведённого исследования были сформированы группы: I группа — 58 пациенток с лейкоплакией шейки матки (средний возраст 29, 3±0,9 года); II группа — 52 пациентки с CIN I (средний возраст 28,6±0,2 года).

Состояние местного иммунного статуса по средствам определения экспрессии уровня каспазы-3 и каспазы-9 проводилось путём исследования соскоба клеток слизистой цервикального канала.

Результаты. Исследованы показатели нормы для каспазы-3 и каспазы-9 в группе контроля: каспаза-3 — 0,188±0,02 нг/мл; каспаза-9 — 0,213±0,03 нг/мл. У пациенток с патологией шейки матки диагностирована вирусная нагрузка выше клинически значимой. При определении активности каспазы-3 на начальном этапе исследования в группах ВПЧ-положительных пациенток было отмечено повышение показателей: I группа — 0,739±0,05 нг/мл; II группа — 2,771±0,03 нг/мл. Значения каспазы-9 также были отличны от группы контроля: I группа — 0,889±0,03 нг/мл; II группа — 2,309±0,05 нг/мл. Полученные данные позволяют судить об усилении апоптоз-резистентного процесса в клетках по мере прогрессии поражений эпителия шейки матки вирусом папилломы человека [3, 5]. Согласно дизайну исследования все пациентки рандомно были разделены на подгруппы. Подгруппы с индексом «а» находились под наблюдением, а подгруппы с индексом «б» получали терапию препаратами, рекомендованными для лечения ПВИ, согласно клиническим рекомендациям. Оценка эффективности выбранной тактики ведения проводили через 3 и 6 мес по средствам цитологического исследования, кольпоскопии, оценки снижения вирусной нагрузки ниже клинически значимых величин, а также исследовались показатели каспазы-3 и -9. В ходе проведённого исследования на фоне нормализации показателей онкоцитологии и КПС были получены следующие результаты вирусной нагрузки: в подгруппе Ia снижение составило 11% через 3 мес и 21% через 6 мес, в подгруппе Ib — 23 и 42% соответственно; в подгруппе IIa через 3 мес снижение составило 12%, а через 6 мес 22%; в подгруппе IIб — через 3 мес 22% и уже 40% через 6 мес. При исследовании показателей апоптоза каспазы-3 и каспазы-9 через 6 мес была отмечена разница в динамике их снижения, соответственно, в подгруппе пациенток с динамическим наблюдением при лейкоплакии показатели составили 0,643±0,04 и 0,701±0,04 нг/мл, в то время как в подгруппе с применением противовирусного лечения — 0,495±0,05 и 0,587±0,04 нг/мл. При изучении показателей апоптогической активности при дисплазии I в подгруппе динамического наблюдения показатели составили 1,902±0,03 и 1,670±0,05 нг/мл, а в подгруппе противовирусной терапии — 1,390±0,04 и 1,028±0,04 нг/мл. В ходе проведённого исследования, анализируя эффективность лечения в зависимости от выбранной тактики, очевидно, что наибольшая элиминация папилломавирусной инфекции отмечалась у пациенток, которым проводилось лечение с использованием противовирусного препарата.

Литература

- Schmidt D. Modern biomarkers for precancerous lesions of the uterine cervix: Histological-cyological correlation and use // *Pathologie*. — 2016. — Sep. 15.
- Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки и генитальные инфекции. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 384 с.
- SERPIN B3 and B4: From biochemistry to biology / Y. Sun, N. Sheshadri, W.X. Zong // *Semin. Cell. Dev. Biol.* — 2017. — Feb. — №62. — P. 170–177.

ЛЕЧЕНИЕ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ ВВЕДЕНИЕМ АУТОЛОГИЧНЫХ РЕГЕНЕРАТИВНЫХ КЛЕТОК ЖИРОВОЙ ТКАНИ (КЛЕТОК СТРОМАЛЬНО- ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ)

Архипова В.И., канд. мед. наук, зав. отделением гинекологии¹;

Астрелина Т.А., докт. мед. наук, руководитель²;

Кобзева И.В., канд. мед. наук, зав. криобанком²;

Сучкова Ю.Б., зав. специализированной лабораторией цитологии, иммунологии и цитогенетики².

¹Государственный научный центр Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России;

²Центр биомедицинских технологий.

E-mail: arkhvalery@gmail.com;

моб. тел.: +7 (903) 200 1789.

Метод введения аутологичных регенеративных клеток жировой ткани (клеток стромально-васкулярной фракции) показал высокую эффективность в лечении пациенток со склероатрофическим лихеном вульвы.

The method of introduction of autologous regenerative cells of adipose tissue (stromal-vascular fraction) has shown high efficiency in the treatment of patients with scleroatrophic lichen of the vulva.

Актуальность консервативной терапии склероатрофического лихена вульвы (САЛВ) определяется тем, что имеющиеся сегодня консервативные методы лечения, такие как терапия кортикостероидами, ингибиторами кальциневрина, эмолентами, фотодинамическая терапия и др., не приводят к полному излечению, являются симптоматическими, имеют обратимый эффект. Известен способ лечения САЛВ у женщин периода перименопаузы методом субмукозного введения эмульсифицированной жировой ткани из гипогастральной области. Однако введение нативной жировой ткани без выделения клеточных компонентов стромально-васкулярной фракции (СВФ) может снижать эффективность подобного метода. Технически близким является способ лечения САЛВ путём введения мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани из липоаспирата передней брюшной стенки в поражённые участки слизистой промежности. Недостатками этого способа могут быть длительное культивирование предшественников мезенхимальных стволовых клеток, длительное прохождение разрешительной процедуры (Федеральный закон РФ от 23.06.2016 г. 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах»), экономические затраты. Благодаря высокой

доступности получения жировой ткани в достаточном объёме практически у любого пациента и возможности использовать полученную клеточную суспензию сразу же после выделения предлагаемый нами метод субкутанного и субмукозного введения клеток СВФ в области поражённых участков вульвы представляет собой высокий интерес.

Целью исследования было изучение применения аутологичных регенеративных клеток жировой ткани при консервативном лечении САЛВ.

В 2017–2018 гг. в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России пролечены восемь пациенток (средний возраст 65,5±5,3 года) с гистологически верифицированным САЛВ. Гистологически выявлялся выраженный гиперкератоз и акантоз плоскоэпителиального покрова с фиброзом, ангиоматозом и воспалительной инфильтрацией стромы. Под местной анестезией производилась аспирационная липосакция в нижней трети передней брюшной стенки в условиях операционной. Объём аспирируемой жировой ткани составлял 150–250 мл (средний объём 170,6±31,2 мл). В стерильных условиях проводили ферментативную обработку, промывание и фильтрацию липоаспирата с последующим центрифугированием и получением клеток СВФ жировой ткани. Выполняли подсчёт количества клеток с помощью автоматического счётчика клеток Counters Invitrogen (Invitrogen), определение иммунологической принадлежности и жизнеспособности методом проточной цитофлюориметрии (BD FACS Canto II, USA). После лабораторной оценки проводили внутрикожное и субмукозное введение жизнеспособных клеток СВФ жировой ткани путём инъекций по всей поверхности поражённой области больших и малых половых губ в объёме 2 мл, среднее количество клеток составило 65±25,7×106/мл из расчёта 1,0 млн клеточной суспензии на 1 см.

В результате у всех пролеченных пациенток через одну неделю отмечалось уменьшение зуда, улучшение психоэмоционального состояния, через 3 мес при физикальном осмотре — улучшение трофики и пигментации повреждённых тканей, через 6 мес при гистологическом исследовании слизистой вульвы — интактный многослойный плоский ороговевающий эпителий без атипии. Все пациентки отказались от применения мазей, содержащих кортикостероиды. Получен патент на изобретение №2698089 «Способ лечения пациенток со склероатрофическим лихеном вульвы в консервативной терапии».

Таким образом, метод позволяет эффективно лечить САЛВ, достичь удовлетворительного косметического и функционального результата, уменьшить зуд, улучшить психоэмоциональное состояние, вернуть достойное качество жизни пациенток за счёт активации иммунных, репаративных процессов, восстановления трофики повреждённых тканей (кожных покровов и слизистых оболочек промежности) благодаря ремоделированию фиброзной и соединительной ткани путём введения аутологичных регенеративных клеток жировой ткани (клеток стромально-васкулярной фракции).

МОДИФИЦИРОВАННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЛАТЕРАЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ: ОПЫТ ТРЁХ ЛЕТ

Арютин Д.Г., канд. мед. наук, ассистент ФПК МР,
зав. гинекологическим отделением².

Ваганов Е.Ф., канд. мед. наук, врач акушер-
гинеколог²;

Лологаева М.С., аспирант кафедры¹;

Мельник П.С., студентка³.

¹Российский университет дружбы народов, кафедра
акушерства и гинекологии с курсом перинатологии;

²Городская клиническая больница №29
им. Н.Э. Баумана;

³Московский государственный университет
им. М.В. Ломоносова.

Распространённость пролапса тазовых органов (ПТО) не имеет тенденции к снижению, им страдают от 20 до 50% женщин. В связи с чем существует необходимость в поиске эффективного и безопасного метода хирургического лечения.

The prevalence of pelvic organ prolapse (POP) does not decrease, 20–50% of women suffers from it. In this connection, there is a need to find an effective and safe method of surgical treatment.

Актуальность. Пролапс тазовых органов является одной из самых актуальных проблем гинекологии. По данным мировой статистики, этим заболеванием страдает до 60% женщин.

Частота операций по поводу генитального пролапса составляет 4,9 случая на 1000 женщин. Почти 58% процедур выполняется у женщин моложе 60 лет. Частота рецидивов составляет 13%.

Насчитывается около 200 видов оперативных манипуляций, связанных с коррекцией пролапса гениталий.

Среди огромного количества видов оперативного лечения «золотым стандартом» на данном этапе признана сакроагинопексия. При высокой эффективности результатов лечения у данного хирургического метода есть ряд минусов: длительная продолжительность операции, высокий риск осложнений, ограничение по возрастному цензу, необходимость высокой квалификации хирурга.

Отсутствие безопасного и эффективного метода лечения диктует необходимость поиска новых методик.

Цель исследования — оценка накопленного опыта выполнения лапароскопической латеральной фиксации в модификации с установкой сетчатого имплантата для коррекции заднего пролапса.

Материалы и методы. Проведён анализ лечения 110 пациенток с верифицированным диагнозом переднего, апикального пролапса и 15 пациенток из них с сопутствующим задним пролапсом. Возраст пациенток варьировал от 41 до 68 лет. Основные жалобы были представлены дискомфортом, ощущением «инородного тела» в области промежности, недержанием мочи при физических нагрузках и кашле, а также диспареунией.

По итогам обследования показаниями для оперативного лечения являлась несостоятельность структур тазового дна, выявленная у всех 110 пациенток. Рекон-

структивные операции проводились с использованием полипропиленового монофиламентного сетчатого протеза. Фиксацию протеза производили в области культи шейки матки (при гистерэктомии в анамнезе), в области перешейки матки либо в области купола влагалища с помощью фиксирующих нерассасывающихся швов. Кроме того, дополнительно фиксировалась область передней стенки влагалища до уровня его нижней трети. Рукава сетки выводились через сформированные тоннели под париетальной брюшиной передней брюшной стенки до кожи, в точке на 4 см выше и на 2 см латеральнее от передней верхней подвздошной ости. После фиксации протеза выполнялась перитонизация.

15 из 110 пациенток с сочетанным апикальным и задним пролапсом нами была предложена дополнительная установка сетчатого имплантата для коррекции заднего пролапса. После диссекции задней стенки влагалища и прямой кишки, а также выделения медиальной части леваторов выкроенный прямоугольный имплантат фиксировался пятью нерассасывающимися швами к мышцам, крестцово-маточным связкам и задней стенке влагалища, затем перитонизация кисетным монокриловым швом.

Результаты. Длительность операции варьировала от 55 до 90 мин. Кровопотеря во время операции в среднем составила 100 мл. Интраоперационное ранение стенки мочевого пузыря диагностировано у одной больной, что потребовало ушивания дефекта с установкой постоянного катетера на срок до 7 сут после операции. Остальные пациентки были выписаны на 3–4-е сутки после вмешательства. У 29 больных отмечено возникновение транзиторного болевого синдрома в проекции каналов проведения имплантата на протяжении 3–6 нед от момента вмешательства, который был купирован самостоятельно.

Отмечались положительные результаты у всех пациенток, в том числе и у тех, кому проведена дополнительная установка сетчатого имплантата для коррекции заднего пролапса и одномоментная лапароскопическая латеральная фиксация при выявлении сочетанного апикального и заднего пролапсов. Длительность послеоперационного наблюдения больных составила от 6 до 18 мес. Диспареуния *de novo* отсутствовала.

Вывод. Анализ лечения 110 пациенток с диагнозом переднего, апикального и заднего пролапса с использованием Т-образного полипропиленового сетчатого имплантата (Soft) в модификации установки сетчатого имплантата для коррекции заднего пролапса (15) показал эффективность и безопасность проводимой операции. Это позволяет рекомендовать данный метод коррекции в качестве возможной альтернативы хирургическому лечению.

BACKSTAGE: ЭНДОМЕТРИОЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА

Борисюк С.В., канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог
гинекологического отделения;

Симонов А.А., канд. мед. наук, зав. гинекологическим
отделением;

Кислов М.А., врач общий хирург в штате
гинекологического отделения.
Оренбургский клинический перинатальный центр.
E-mail: svborisyuk@mail.ru;
тел.: +7 (912) 841 8126.

Проведён ретроспективный анализ 24 случаев эндометриоза послеоперационного рубца за 2016–2020 гг. у пациенток в возрасте от 21 до 40 лет. По данным исследования, период манифестации процесса составил от 7 лет до 6 мес. Средний размер эндометриоидных очагов составил 30+11 мм. Степень распространения процесса варьировала от изолированного поражения подкожно-жировой клетчатки до прорастания всех слоёв передней брюшной стенки с вовлечением в процесс брюшины. В 95% случаев эндометриоз послеоперационного рубца развился после операции кесарева сечения, в 5% — после лапароскопической цистэктомии эндометриомы яичника.

The retrospective analysis of 24 cases of endometriosis of postoperative scar in 2016–2020 was performed in patients aged 21 to 40 years. According to the study, the period of process manifestation ranged from 7 years to 6 months. The average size of the endometriotic lesions was 30+11 mm. The extent of the process varied from an isolated lesion of subcutaneous fat to the germination of all layers of the anterior abdominal wall involving the peritoneum. In 95% of cases, endometriosis of postoperative scar developed after cesarean section, in 5% after laparoscopic cystectomy of the ovarian endometrioma.

Актуальность. Эндометриоз послеоперационного рубца (ЭПР) представляет собой достаточно редкую патологию, частота которой находится в пределах 0,42–4% в общей структуре эндометриоза. Ключевую роль в патогенезе ЭПР играет распространение ткани эндометрия в участок операционной раны во время проведения хирургического вмешательства, при котором происходит вскрытие полости матки (Петухов А.А., Флоренсов В.В., Рудая В.В., 2016) или эндометриомы яичника. В клинической картине ЭПР преобладают периодические боли в области послеоперационного рубца. В ряде случаев отмечаются выделения кровянистого или тёмно-коричневого цвета из области образования в период менструации. Характер болей может иметь различную интенсивность, и очень важно, что после окончания менструации болевой синдром нередко купируется самостоятельно. В последние годы эта патология всё чаще встречается в гинекологических стационарах нашего города, и, учитывая научно-практическую значимость, малую освещённость в литературе, проблема ЭПР является актуальной.

Цель исследования — проанализировать частоту, причины, особенности клинического течения и локализации ЭПР после оперативных вмешательств на матке и при эндометриозе яичников.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе гинекологического отделения ГБУЗ ОКПЦ, проанализировано 24 случая ЭПР за 2016–2020 гг. у пациенток в возрасте от 21 до 40 лет. Перед госпитализацией в гинекологический стационар для планового оперативного лечения всем пациенткам было проведено полное клиническое обследование. Плановое оперативное вмешательство заключалось в иссечении эндометриомы en bloc в пределах

здоровых тканей. В послеоперационном периоде получали обезболивающие средства и физиопроцедуры.

Результаты. Средний возраст пациенток составил 29+5 лет. В 23 случаях ЭПР развился после операции кесарева сечения, в одном — после лапароскопической цистэктомии эндометриомы яичника. У 71% пациенток в анамнезе была одна операция кесарева сечения, у 29% — две. Доступом оперативного родоразрешения у всех женщин была лапаротомия по Пфанненштилю. Время появления жалоб и клинических проявлений ЭПР колебалось от 7 лет до 6 мес. Оперативные вмешательства в анамнезе по поводу гинекологических заболеваний (бесплодие, доброкачественные образования яичников) зафиксированы у 17% пациенток, по поводу хирургической патологии (аппендэктомия, холецистэктомия) — у 13%. Средний размер эндометриоидных очагов по данным ультразвукового исследования составил 23+9 мм, во время оперативного вмешательства — 30+11 мм. В восьми случаях эндометриома определялась в левой части послеоперационного рубца, в 12 — справа, в двух — по средней линии, в двух — одновременно в левой и правой части. Степень распространения эндометриоидных очагов варьировала от изолированного поражения подкожно-жировой клетчатки до прорастания всех слоёв передней брюшной стенки с вовлечением в процесс брюшины. В 40% эндометриоидные гетеротопии повреждали апоневроз, в 21% — мышечную ткань, в 4% — паравезикальную клетчатку и брюшину. Что касается анестезиологического пособия, то в 71% случаев использовался внутривенный наркоз, в 21% — спинномозговая анестезия, в 8% — местная инфильтрационная анестезия. В состав операционной бригады обязательно был включён общий хирург. Продолжительность операции составила 24+13 мин, интраоперационная кровопотеря — 39+25 мл. По данным гистологического заключения у всех пациенток послеоперационно был подтверждён диагноз эндометриоза послеоперационного рубца. Пациентки были выписаны в среднем на 4-е сутки после операции. В качестве послеоперационного лечения был рекомендован приём гормональных препаратов: КОК или диенгест 2 мг. Рецидивов заболевания до настоящего времени зафиксировано не было.

Вывод. Несмотря на то что ЭПР является достаточно редкой патологией, необходимо учитывать высокий риск формирования данного осложнения при проведении операций, связанных со вскрытием полости матки и эндометриом яичников. Механизм распространения ткани эндометрия не только носит гематогенный и лимфогенный характер, но и связан с ятрогенным заносом ткани эндометрия инструментарием и руками хирурга. Обязательным условием профилактики ЭПР является соблюдение техники оперативных вмешательств, использование качественного шовного материала, а в эндоскопической гинекологии рутинное применение endobag для удаления из брюшной полости капсул эндометриоидных кист яичников.

Литература

- Захаров И.С., Мозес В.Г., Ремнева О.В. и др. Клинический случай эндометриоза послеоперационного рубца // *Consilium medicum*. — 2018. — Т. 20. — №6.
- Петухов А.А., Флоренсов В.В., Рудая В.В. Эндометриоз послеоперационного рубца // *Acta Biomedica Scientifica*. — 2016. — №1 (2). — С. 20–24.

ОЦЕНКА УРОВНЕЙ DEFa1 И DEFb1 В КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ВЫДЕЛЕНИЯМИ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИН

Бошян Р.О., локальный координатор,
администратор проектного офиса по вопросам
4П-медицины;

Батурин В.А., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой
клинической фармакологии с курсом ДПО.
Ставропольский государственный медицинский
университет Минздрава России.
E-mail: ms.roberta@inbox.ru;
моб. тел.: +7 (962) 459 8090.

Анализ состояния иммунного статуса 120 женщин репродуктивного возраста с заболеваниями, сопровождающимися патологическими выделениями из половых путей, показал, что, в отличие от больных с иммунодефицитом по Т-типу (28%), в группах женщин с иммунодефицитами по В-типу (47%) и по смешанному типу (8%) был установлен более высокий уровень в сыворотке крови антимикробного пептида DEFa1 и сравнительно низкий уровень — DEFb1 ($p < 0,05$).

The immune status of 120 women of reproductive age with diseases accompanied by pathological discharge from the genital tract has been investigated. Higher blood levels of DEFa1 and a relatively low level of DEFb1 in women with immunodeficiencies of type B (47%) and mixed type (8%) were determined. These results were obtained in comparison with T-type immunodeficiency (28%) ($p < 0.05$).

Антибиотикорезистентность — одна из глобальных проблем, угрожающих здоровью населения. Одной из основных её причин является иммунодефицит (ИД), который приводит к изменению уровней дефензинов (DEF). DEF модулируют воспалительный процесс и активизируют адаптивный ответ иммунной системы. Благодаря данным антимикробным пептидам связывается врождённый и приобретённый иммунитет, так как при Th1-иммунном ответе активизируются антиген-презентирующие клетки. Недостаток синтеза DEF приводит к развитию инфекционно-воспалительных осложнений.

Цель исследования — продемонстрировать значение DEFa1 и DEFb1 в патогенезе заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин репродуктивного возраста. В ходе изучения проводили микроскопическое, бактериологическое,

молекулярно-биологическое (PCR-RT) исследование микрофлоры урогенитального тракта и иммунологическое исследование (оценка состояния системного и локального иммунитета). Уровень DEFa1 и DEFb1 в сыворотке крови определяли при иммуноферментном анализе сэндвич-методом с использованием наборов Cloud-Clone Corporation (США).

У больных с нормальными показателями иммунограмм (17%) концентрация DEFa1 была $26,1 \pm 1,9$ нг/мл и DEFb1— $48,6 \pm 2,1$ нг/мл. При ИД по Т-типу ($n=34$; 28%) у пациентов были диагностированы аэробный вагинит, бактериальный вагиноз, кандидозный вульвовагинит, при этом уровень DEFa1 составил $27,6 \pm 2,2$ нг/мл и DEFb1— $47,7 \pm 1,9$ нг/мл. Тем самым при ИД по В-типу ($n=56$; 47%) были идентифицированы в большинстве случаев инфекции, передающиеся половым путём (ИППП), при этом содержание DEFa1 было $35,8 \pm 1,8$ нг/мл и DEFb1— $29,9 \pm 1,9$ нг/мл. При ИД по смешанному типу (8%) уровень DEFa1 был $40,06 \pm 2,2$ нг/мл, а DEFb1— $26,1 \pm 1,9$ нг/мл.

При статистической обработке данных у больных с ИД по Т-типу были установлены положительные высокие корреляционные связи между DEFa1 и уровнем Т-лимфоцитов ($r=0,72$; $p < 0,042$), между DEFa1 и соотношением СД3/СД22 ($r=0,7$; $p < 0,043$), что детерминировано иммуноадаптивным действием DEFa1, проявляющимся усилением клеточного иммунного ответа при инфекционно-воспалительном процессе.

Исследование показало, что антимикробные пептиды DEFa1 и DEFb имеют важную роль в патогенезе заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин, и выступают в качестве предиктивных биомаркёров, так как при их оценке возможно определение предрасположенности и степени тяжести воспалительного процесса при данной патологии.

Литература

1. Артамонов А.Ю. Иммуномодулирующая активность антимикробных пептидов индолицидина и его структурных аналогов / А.Ю. Артамонов, С.Н. Шанин, Д.С. Орлов и др. // Медицинская иммунология. — 2009. — Т. 11. — №1. — С. 101–104.
2. Умнякова Е.С. Дефензины как регуляторы системы комплемента / Е.С. Умнякова, М.Н. Берлов, В.Н. Кокряков // Российский иммунологический журнал. — 2014. — Т. 8 (17). — №3. — С. 414–417.
3. Schindlbeck C. Diagnosis of pelvic inflammatory disease (PID): intraoperative findings and comparison of vaginal and intra-abdominal cultures / C. Schindlbeck, D. Dziura, I. Mylonas // Arch. Gynecol. Obstet. — 2014. — Vol. 289. — Is. 6. — P. 1263–1269.
4. Sharma H. Microbiota and pelvic inflammatory disease / H. Sharma, R. Tal, N.A. Clark, J.G. Segars // Semin Reprod Med. — 2014. — Vol. 32. — Is. 1. — P. 43–49.
5. Tonk M. Insect antimicrobial peptides: potential tools for the prevention of skin cancer / M. Tonk, A. Vilcinskas, M. Rahnamaeian // Appl Microbiol Biotechnol. — 2016. — Vol. 100. — P. 7397–7405.

Формат проведения онлайн

CONNEXIO

—congress space by StatusPraesens—

НОВОСИБИРСК 5–7 ОКТЯБРЯ 2020

V ОБЩЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ОНЛАЙН-СЕМИНАР «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: СИБИРСКИЕ ЧТЕНИЯ»



РУДН



МАРС

StatusPraesens
profmedia



spnavigator

+7 (499) 346 3902

ova@praesens.ru

stpraesens

praesens.ru

praesens

statuspraesens

ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ — ТРУДНОСТИ В ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Воронова О.В., ассистент кафедры оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии¹, зав. отделением патологической анатомии².

¹Ростовский государственный медицинский университет;

²ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» (г. Ростов-на-Дону).

E-mail: 9043401873@mail.ru;

моб. тел.: +7 (904) 340 1873.

Несмотря на успехи современной диагностики и лечения заболеваний шейки матки, эта локализация продолжает составлять значительный удельный вес в структуре гинекологических болезней. Цель нашего исследования — сопоставить данные жидкостной цитологии и гистологических исследований биопсий шейки матки при различных патологических процессах у женщин репродуктивного периода.

The incidence of cervical cancer has decreased worldwide due to the introduction of cytological screening, with a special place in it — liquid Cytology. Despite the success of modern diagnostics and in the treatment of cervical pathology, diseases of this localization continue to account for a significant proportion in the structure of gynecological pathology. The purpose of our study is to compare data from liquid Cytology and histological studies of cervical biopsies in various pathological processes in women of the reproductive period.

Ранняя диагностика неопластических процессов и рака шейки матки — одно из приоритетных направлений в современной гинекологии, так как рак шейки матки относится к самым распространённым патологическим процессам, занимает первое место в структуре онкогинекологии и четвёртое место среди всей онкопатологии у женщин. Заболеваемость и смертность от данной нозологии значительно снизилась за последние годы благодаря внедрению современных методов диагностики и развитию массового скрининга женщин, но заболевания этой локализации продолжают составлять значительный удельный вес в структуре гинекологической патологии, что объясняется потенциальным риском их злокачественной трансформации, а также многообразием клинико-морфологических особенностей этого органа при различных состояниях репродуктивной системы¹.

За последние десятилетия заболеваемость раком шейки матки снизилась в связи с наличием скрининговых программ, включающих в себя обязательную цитологическую диагностику (в приоритете — жидкостная цитология), вырос процент выявляемости неопластических процессов у женщин репродуктивного возраста². Развитие рака шейки матки не является молниеносным процессом, по данным ВОЗ, переход тяжёлых форм дисплазии в неинвазивный рак может занимать в среднем от 3 до 8 лет, до развития инвазии ещё 10–15 лет, поэтому

врач имеет достаточно времени для диагностики начальных форм поражения³.

Цель исследования — на основании данных жидкостной цитологии, морфологии оценить критерии доброкачественных и злокачественных изменений эпителия шейки матки, провести цитоморфологические параллели, обозначить «узкие места» в интерпретации патологических изменений эпителия шейки матки у женщин репродуктивного периода.

Материалы и методы. Проанализированы данные жидкостной цитологии и биопсий от 118 женщин с различной патологией эпителия шейки матки (воспалительные, реактивные, неопластические процессы). Средний возраст пациенток составил 29,4±5,3 года, пациентки имели изменения в кольпоскопической картине различного характера (ацетобелый эпителий, йоднегативные зоны, атипические сосуды и др.), положительный ВПЧ-тест.

Результаты. Сопоставлены данные жидкостной цитологии и результаты гистологического исследования с данными кольпоскопии и клинической картины у пациенток с наличием папилломавирусной инфекции.

У 71 (60,1%) пациентки из 118 обследованных обнаружены признаки хронического воспаления разной степени выраженности (от слабого до резко выраженного). При анализе гистологического материала воспалительные инфильтраты разной степени определялись при гистологическом исследовании у 95 пациенток (80,5%).

Реактивные патологические изменения эпителия в жидкостной цитологии были представлены следующими формами: в 62 случаях (52,54%) — признаки пара- и гиперкератоза; в 17 (14,4%) — явления дискератоза; в девяти (7,62%) — реактивные железистые изменения (по типу реактивной железистой атипии); в 14 (11,8%) — атипия неясного значения плоского эпителия; в 10 (8,47%) — неоплазия лёгкой степени; в шести случаях (5,17%) — неоплазия высокой степени.

При гистологическом исследовании материала биопсий шейки матки анализируемой группы пациенток данные распределились следующим образом: пара- и гиперкератоз наблюдался в 50 случаях (42,37%); дискератоз отдельно патоморфологами не выделялся; реактивные железистые изменения расценены как железистая гиперплазия эндоцервикса, выявлены в 38 случаях (32,2%); неоплазия лёгкой степени выявлена у 22 пациенток (18,64%); тяжёлой степени — в восьми случаях (6,77%).

В гистологических препаратах реактивным изменениям железистого эпителия шейки матки при цитологическом исследовании соответствовала картина железистой и железисто-кистозной гиперплазии, иногда с формированием микропапиллярных структур, очагами плоскоклеточной метаплазии, однако изменений, характерных для неоплазии, не было выявлено.

Реактивные изменения эпителия шейки матки — распространённая группа различных изменений эпителиального пласта, включающая в себя и изменения, имитирующие атипию, как результат воспаления либо других воздействий на клетки [4]. В нашем исследовании эти изменения разной степени выраженности были выявлены и на цитологическом, и на морфологическом материале во всех случаях. При использовании жидкостной цитологии в диагностике степень изменений была наиболее близка к данным гистологических заключений (при жидкостной цитологии количество случаев с атипией

плоского эпителия неясного значения, неоплазией эпителия низкой и высокой степени полностью соответствовало количеству подтверждённых неоплазий по данным биопсийного материала, что говорит о высокой чувствительности, специфичности и информативности этого метода).

В восьми случаях (6,67%) выявлена неоплазия эпителия высокой степени, которая также определялась и при цитологическом, и при гистологическом исследовании. Случай с неоплазией высокой степени эпителия были подтверждены методом иммуногистохимии, выявлена высокая экспрессия Ki-67, положительная экспрессия p16, p53.

Для своевременной и ранней диагностики неопластических изменений в эпителии шейки матки следует использовать комплекс мероприятий (жидкостную цитологию, ВПЧ-тестирование методом ПЦР, при необходимости биопсию с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием полученного материала). На сегодняшний день остаётся множество спорных вопросов в отношении трактовки цитологических и морфологических заключений, возникают трудности интерпретации реактивных процессов, которые зачастую трудно отделить от истинных неоплазий, тактики ведения, лечения пациенток с этой патологией. Комплексное изучение проблемы шейки матки с различных сторон (цитологии, морфологии, кольпоскопии и др.) позволит повысить уровень ранней диагностики и снизить заболеваемость у женщин репродуктивного периода.

Литература

1. Жукембаева А.М., Абралинова С.С., Баймагамбетова Г.А. и др. Онкологическая настороженность при ведении пациенток с патологией шейки матки // Вестник Казахского национального медицинского университета. — 2016. — №1. — С. 224–225.
2. Прилепская В.Н., Коган Е.А., Трофимов Д.Ю. Возможности диагностики и лечения заболеваний шейки матки // Акушерство и гинекология. — 2013. — №9. — С. 90–96.
3. Фролова И.И., Бабиченко И.И. Клинико-морфологические исследования дискератозов шейки матки и цервикальных интраэпителиальных неоплазий // Вестник РУДН. — 2004. — №1 (25). — С. 79–85.
4. Нейштадт Э.Л., Крулевский В.А. Дифференциальная диагностика опухолей шейки матки. — СПб., 2012. — С. 306.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛАССИФИКАЦИИ ACR BI-RADS® В РАБОТЕ ОНКОЛОГА-МАММОЛОГА

Герашенко Я.Л., врач онколог-маммолог.

Женская консультация №22 (г. Санкт-Петербург).

E-mail: 9119736687@mail.ru;

моб. тел.: +7 (911) 973 66 87.

В статье отражены результаты полуторалетнего периода обследования молочных желёз пациенток в условиях многопрофильного медицинского

центра с использованием классификации ACR BI-RADS®.

The article reflects the results of a one and a half year period of examination of the mammary glands of patients in a multidisciplinary medical center using the ACR BI-RADS® classification.

Цель исследования — представить данные об использовании международной системы BI-RADS® в работе врача онколога-маммолога, отметить особенности применения данной методики при принятии решений на лечебно-диагностическом приёме.

Введение. На современном этапе основная проблема рака молочной железы (РМЖ) состоит не только в усовершенствовании методов лечения, но и в поиске оптимальных путей его ранней и точной диагностики, а также в лечении мастопатии. При обследовании молочных желёз (МЖ) у женщин врач-маммолог направляет пациентку на обследование и получает заключения от врачей отделения лучевой диагностики. Как минимум в одном из них обязательно будут использованы терминология и категории из классификации ACR BI-RADS®. Для правильной интерпретации данных маммологу необходимо в совершенстве владеть лексиконом, используемым в данной системе. В 1986 г. Американский колледж радиологии ACR создал комитет радиологов, медицинских физиков и представителей американского Управления по контролю за продуктами и лекарствами (FDA), чтобы разработать добровольную программу аккредитации маммографии. В 2013 г. опубликовано 5-е издание ACR BI-RADS Atlas® (The Breast Imaging Reporting and Data System), в котором стандартизированы описания маммограмм (МГ), ультразвукового исследования (УЗИ) МЖ, магнитно-резонансного исследования (МРТ), уточнены и дополнены аспекты описания рентгенологических исследований МЖ с имплантатами, а также проведена коррекция терминов словаря.

В России обследование МЖ у женщин проводится согласно приказам МЗ РФ №572н от 1.11.12 г., №124Н от 13.03.19 г., №107Н от 30.08.12 г., а также протоколу «Лечение доброкачественной дисплазии молочной железы» от 2018 г. (утверждено письмом МЗ РФ от 4.12.18 г. №15–4/10/2–7838). Наиболее системный обзор возможных методов диагностики и лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз и скрининга рака МЖ отражён в клинических рекомендациях Российского общества онкологов-маммологов (РООМ) по профилактике РМЖ, дифференциальной диагностике, лечению предопухолевых и доброкачественных заболеваний молочных желёз, а также в клинических рекомендациях РООМ по скринингу РМЖ, но изданы они в 2015 г. Департамент здравоохранения Москвы 3.05.1917 г. издал методические рекомендации «Применение шкалы BI-RADS при ультразвуковом исследовании молочной железы», а 18.09.2017 г. издал Методические рекомендации по использованию международной системы BI-RADS при маммографическом обследовании.

В 2014 г. в №4 журнала «Вестник рентгенологии и радиологии» опубликована статья С.М. Хоружика и др. «Использование системы BI-RADS для интерпретации данных магнитно-резонансной томографии при раке

молочной железы». При этом проект приказа МЗ РФ «Об утверждении правил проведения рентгенологических исследований», подготовленный 3.12.16 г., использование системы ACR BI-RADS® не регламентирует. Публикаций о результатах применения системы ACR BI-RADS® в программах ранней диагностики рака молочной железы в России крайне мало.

Цель исследования — представить данные об использовании международной системы BI-RADS® в работе врача онколога-маммолога, отметить особенности применения данной методики при принятии решений на лечебно-диагностическом приёме.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы МК 427 пациенток за период с марта 2018 г. по декабрь 2019 г. Все женщины были распределены на две когорты: в группу А вошли 299 (70%) пациенток до 50 лет; в группу В — 128 (30%) женщин старше 50 лет. Методы обследования: анамнестический, осмотр, пальпация, ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желёз (МЖ), маммография (МГ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты. УЗИ МЖ выполнено 397 (93%) пациенткам: в группе А — 286 (72%), в группе В — 111 (28%). МГ выполнена 286 (67%) женщинам: в группе А — 165 (58%), в группе В — 121 (42%).

МРТ МЖ выполнено 19 (4,4%) женщинам: в группе А — 10 (52,7%), в группе В — девяти (47,3%).

МРТ назначали в том случае, если при маммографии были выявлены изменения 0-й и 3-й категории по классификации ACR BI-RADS®, но по данным УЗИ установлена категория 2, поскольку у таких пациенток находки при МГ не подтверждались или могли быть уточнены в ходе УЗИ. Также МРТ выполнялось пациенткам с имплантатами.

В группе А в оформленных по системе ACR BI-RADS® протоколах УЗИ МЖ: 0-я категория — у одной (0,3%) пациентки, 1-я — у 28 (9,8%), 2-я — у 224 (78,3%), 3-я — у 31 (10,8%), 4-я — у двух (0,7%) пациенток. МГ: 0-я категория — у 31 (18,8%) пациентки, 1-я — у семи (4,2%), 2-я — у 100 (60%), 3-я — у 24 (14,5%), 4-я — у трёх (1,8%) пациенток. МРТ: 2-я категория — у шести (60%) женщин, 3-я — у четырёх (40%).

В группе В МЖ: 0-я категория — у одной (0,3%) пациентки, 1-я — у 20 (18%), 2-я — у 80 (72%), 3-я — у восьми (7,2%), 4-я — у одной (0,9%), 5-я — у одной (0,9%) пациентки. МГ: 0-я категория — у семи (5,8%) пациенток, 1-я — у 18 (14,9%), 2-я — у 63 (52%), 3-я — у 31 (25%), 4-я — у одной (0,8%), 5-я — у одной (0,8%) пациентки. МРТ: 1-я категория — у одной (11%) женщины, 2-я — у шести (67%), 3-я — у двух (22%) женщин.

По результатам обследования у 82 (19%) женщин обеих групп патологии молочных желёз не выявлено. В заключении МГ и УЗИ у них 1-я и 2-я категория BI-RADS® и отсутствуют жалобы. Рекомендательный тур повторного обследования через 1 год. 302 (71%) женщинам назначено лечение мастопатии и наблюдение 1 раз в 3 мес. Трёх женщинам из группы А выполнена трепан-биопсия и секторальная резекция по поводу фиброаденомы. Одной пациентке из группы В с 5-й категорией ACR BI-RADS® выполнена трепан-биопсия образования МЖ под УЗ-контролем — получена морфологическая верификация процесса, выявлена аденокарцинома. Пациентка направлена на оперативный этап лечения в специализированное онкологическое учреждение.

Выводы. Использование классификации ACR BI-RADS® значительно улучшает взаимопонимание специалистов между собой, упрощает алгоритм принятия решений в пользу выполнения биопсии или динамического контроля и лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОИМПЕДАНСНОГО МАММОГРАФА МЭМ ПРИ СКРИНИНГЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Добренькая Г.С., канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог, генеральный директор¹;

Бахина Н.В., канд. мед. наук, зав. отделением ультразвуковой диагностики².

¹ООО «Гигиеня»;

²ГБУЗ Астраханской области «Областной онкологический диспансер».

E-mail: galeria@list.ru;

тел.: +7 (927) 281 0465.

При проведении электроимпедансной маммографии у трёх (1,2±0,01%) пациенток было выявлено значительное повышение электропроводности, что соответствует злокачественности, диагноз подтвердился при проведении УЗИ и при гистологическом исследовании биоматериала.

When conducting electrical impedance mammography in 3 (1.2±0.01%) patients, a significant increase in electrical conductivity was detected, which corresponds to malignancy, the diagnosis was confirmed by ultrasound and histological examination of the biomaterial.

Рак молочной железы (РМЖ) занимает одно из первых мест среди злокачественных опухолей у женщин. Риск развития рака молочной железы возрастает в 6 раз в возрасте от 35 до 65 лет [5]. Основной задачей онкослужбы является раннее выявление рака молочной железы [3].

Различные ткани человеческого тела по-разному проводят электрический ток [2]. Известно, что злокачественные опухоли молочной железы обладают отличительной от окружающих здоровых тканей электропроводностью [4]. Электроимпедансный маммограф позволяет определять опухоли как области с аномальными значениями электропроводности [1].

Нами была изучена эффективность электроимпедансной компьютерной томомаммографии (ЭИТ) как метода скрининга в сравнении с возможностями диагностических технологий — ультразвукового исследования.

За 6 мес 2018 г. было обследовано 250 пациенток, обратившихся с теми или иными жалобами со стороны молочной железы либо для профилактического диспансерного осмотра молочных желёз. По возрастному составу пациентки распределились на группы: 15–19 лет — 25 человек (что составило 10%); 20–29 лет — 38 человек

(15,2%); 30–39 лет — 43 человека (21,2%); 40–49 лет — 89 человек (40,5%); 50–59 лет — 40 человек (16%); 60 и более — 15 человек (6%).

Маммография МЖ выполнялась на аппарате МЭМ. УЗИ на аппаратах с функцией компрессионной эластографии SonoScare S40, SonoScare S20 Exp, работающих в режиме реального времени, с использованием мультиточечных линейных датчиков с частотой 5–15 МГц. Всем пациенткам проводили осмотр и пальпацию, обследования выполнялись в вертикальном (с опущенными, а затем с поднятыми вверх руками) и горизонтальном положении женщины. Всем пациенткам осмотр и пальпация проводились только в первой половине менструального цикла; электроимпедансная маммография проводилась в двух положениях больной — стоя и лёжа.

На основании комплексного клинического, маммографического, УЗ-исследования данные по патологии молочных желёз были распределены следующим образом по возрастам: в возрасте 15–19 лет выявленная патология составила 28%, в возрасте 20–29 лет — 47%, в промежутке 30–39 лет — 48%. Самая высокая заболеваемость наблюдается в возрасте 40–49 и 50–59 лет (72 и 80% соответственно).

Данные по общей патологии молочной железы распределены следующим образом: фиброзно-кистозная мастопатия выявлена у 133 пациенток (53,2%), аденома молочной железы — у 6–2,2%, состояние после оперативного лечения — у 2–0,8%, киста молочной железы — у 5–1,9%, липома молочной железы — у 1–0,4%, другие заболевания (рак) — у 3–1,2%.

При проведении электроимпедансной маммографии у трёх (1,2±0,01%) пациенток было выявлено значительное повышение электропроводности, что соответствует злокачественности, диагноз подтвердился при проведении УЗИ и при гистологическом исследовании биоматериала.

Таким образом, основными методами диагностики заболеваний молочной железы в настоящее время являются маммография и ультразвуковое исследование. Оба этих метода позволяют визуализировать образования до их пальпации, взаимно дополняя друг друга. Оба метода можно использовать у женщин моложе 35 лет, а также в период беременности и лактации. Во всех случаях эффективным является комплексное использование клинического и маммографического исследований, УЗИ и МЭМ-диагностики.

Литература

1. Корженевский А.В. и др. Электроимпедансный компьютерный томограф для медицинских приложений // Приборы и техника эксперимента. — 1997. — №3. — С. 133–140.
2. Корженевский А.В. и др. Электроимпедансная томографическая система для трёхмерной визуализации тканей молочной железы // Биомедицинские технологии и радиоэлектроника. — 2003. — №8. — С. 5–10.
3. Нишанова Ю.Х., Хайдарова Г.Б. Современные возможности диагностики фиброзно-кистозной мастопатии молочной железы // Молодой учёный. — 2015. — №4. — С. 100–104.
4. Cherepenin V. et al. A 3D electrical impedance tomography (EIT) system for breast cancer detection // *Physiol. Meas.* — 2001. — Vol. 22. — №1. — P. 9–18.
5. Cherepenin V. et al. Three-dimensional EIT imaging of breast tissues: system design and clinical testing // *IEEE Trans. Medical Imaging.* — 2002. — Vol. 21. — №6. — P. 662–667.

ПРИМЕНЕНИЕ УЗ-КАВИТАЦИИ ПОЛОСТИ МАТКИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ЭКО

*Добренькая Г.С., канд. мед. наук,
врач акушер-гинеколог, генеральный директор.
ООО «Гигиеня».*
E-mail: galeria@list.ru;
тел.: +7 (927) 281 0465.

УЗ-кавитация полости матки раствором имунофана увеличивает процент наступления беременности, в том числе и в естественном цикле.

Conducting ultrasonic cavitation of the uterine cavity with a solution of immunofan increases the percentage of pregnancy, including in the natural cycle.

В современных условиях глобализации важно сохранить фертильность потенциальных пар, однако частота выставления диагноза «бесплодие» не уменьшается. Частой причиной репродуктивных неудач является формирование тонкого эпителия в полости матки [1]. К основным причинам такого патологического состояния относят внутриматочные патологии и последствия их лечения: тяжёлые формы аденомиоза, применение массивной медикаментозной терапии, аутоиммунные процессы. Также у пациенток с установленным диагнозом «бесплодие» хронический эндометрит встречается в 12–68% случаев [2]. Для восстановления оптимальной толщины эндометрия необходима нормализация состояния рецепторов эндометрия. Особое внимание заслуживает применение в акушерско-гинекологической практике низкочастотного ультразвука. Воздействие кавитированной струи лекарственного раствора приводит к глубокой очистке тканей полости матки от патологического налёта и дезинфекции раневой поверхности за счёт разрушения биоплёнок микроорганизмов [3].

Целью исследования было оценить эффективность применения кавитированных растворов у пациенток с тонким эндометрием, планирующих вступить в протокол ЭКО.

В исследование были включены 35 пациенток с установленным диагнозом «бесплодие» в возрасте 27–42 лет, которых разделили на две группы. Первая группа — ретроспективная, состоящая из 14 пациенток, которым не проводилась прегравидарная УЗ-кавитация полости матки. Вторая группа — проспективная, состоящая из 21 пациентки.

Пациенткам в проспективной группе проводилось иммуногистохимическое исследование эндометрия, забор материала осуществлялся в ожидаемом «окне имплантации» — на 7–10-й постовуляторный день 28-дневного менструального цикла. Проводилась прицельная биопсия эндометрия, рассчитывали интенсивность иммуногистохимических реакций к белку Ki-67. Пациенткам с нарушением пролиферативной активности проводили УЗ-кавитацию полости матки. УЗ-кавитация проводилась акустическим узлом AA211 с использованием раствора имунофана 0,005% в разведении 1:50 со стерильным изотоническим раствором хлорида натрия. Уровень ультразвуковых колебаний 50 ед. Время обработки 5–10 мин. Начало

проведения 7–9-й день менструального цикла. Среднее количество процедур десять в месяц, три цикла.

После проведенного лечения в группе контроля в цикле ЭКО беременность наступила у четырех человек, в проспективной группе беременность после ЭКО наступила у 15 человек, у двух пациенток — самостоятельно без дополнительной стимуляции.

Таким образом, проведение УЗ-кавитации полости матки раствором имунофана увеличивает процент наступления беременности, в том числе и в естественном цикле.

Литература

1. Калинин С.Ю., Жиленко М.И., Гусакова Д.А. и др. Подготовка к беременности женщин с гипоплазией эндометрия // Гинекология. — 2014. — Т. 16. — №5. — С. 62–66.
2. Субклинические ВЗОМТ: от осознания опасности к программе действий. Асимптомные и малосимптомные ВЗОМТ в практике акушера-гинеколога: Информационный бюллетень / В.Е. Радзинский, И.Д. Ипатасова — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2017. — 24 с.
3. Физические методы лечения в амбулаторной практике акушера-гинеколога. Кавитированные растворы. Радиоволна. Аргонная плазма: Руководство для врачей / С.И. Роговская, В.Н. Подзолкова, А.Г. Куликов и др. — М.: Фотек, 2017. — 100 с.

МОЛЕКУЛЯРНО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ТОКСИЧНОСТИ СОДЕРЖИМОГО ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ

Дутов А.А., ассистент кафедры¹;
Дубинская Е.Д., докт. мед. наук²;
Гаспаров А.С., докт. мед. наук¹;
Барбанов О.Э., канд. мед. наук¹;
Холбан И.В., ассистент кафедры¹.

¹Российский университет дружбы народов, кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины;

²Российский университет дружбы народов, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.

E-mail: eka-dubinskaya@yandex.ru;
моб. тел.: +7 (903) 1175558.

В это проспективное когортное исследование была включена 131 пациентка с односторонней эндометриомой яичника (ЭЯ) (3–5 см в диаметре) в возрасте 20–35 лет. Наши данные свидетельствуют о наличии оксидативно-воспалительного стресса в перитонеальной жидкости и сыворотке крови у пациенток с ЭЯ. Полученные результаты показывают возможное прямое повреждающее влияние этих «токсичных» соединений на овариальный резерв (ОР).

This prospective cohort study included 131 patients with unilateral endometrioma (3–5 centimeters in diameter) aged 20–35. A total of them underwent laparoscopic cystectomy

due to chronic pelvic pain. Our data showed oxidative-inflammatory stress in peritoneal fluid and serum in patients with endometriomas. The results suggest the possible direct effect of this «toxic» network compounds on ovarian reserve damage depending on severity of changes.

Научные данные свидетельствуют, что ЭЯ могут воздействовать на окружающую здоровую ткань яичника посредством различных веществ («токсическая сеть»), находящихся в содержимом кисты: двухвалентного железа (Fe²⁺), реактивных форм кислорода, оксида азота, матриксных металлопротеиназ, урокиназного активатора плазминогена и ряда других. Большое значение в «токсичности» эндометриом придается также цитокинам (ИЛ-6, ИЛ-8) с различными регуляторными эффектами воздействия на рост и пролиферацию, однако до сих пор до конца непонятен феномен влияния воспалительного компонента эндометриоза в целом на ОР.

Учитывая полученные собственные данные, а также данные литературы, **целью настоящего исследования** явилось изучение содержания молекулярно-биохимических факторов «токсичности» ЭЯ на системном и локальном уровне и их корреляции с показателем антимюллера гормона (АМГ).

Всего в исследование была включена 131 пациентка. В период с 2013 по 2017 год им проводилось обследование и хирургическое лечение по поводу ЭЯ. Основным показанием к оперативному лечению было наличие ЭЯ в сочетании с болевым синдромом различной степени выраженности.

Полученные данные демонстрируют наличие сильной отрицательной корреляционной связи между показателями Fe²⁺ (r-Spearman's = -0,779964) и ИЛ-6 (r-Spearman's = -0,786818), а также умеренной отрицательной корреляционной связи между содержанием ЛДГ (r-Spearman's = -0,551181) и ИЛ-8 (r-Spearman's = -0,417005) в перитонеальной жидкости и содержанием АМГ. В сыворотке крови выявлена сильная отрицательная корреляционная связь между содержанием ИЛ-6 (r-Spearman's = -0,719168) и показателем АМГ, умеренная отрицательная связь между ЛДГ (r-Spearman's = -0,575475) и АМГ.

Таким образом, настоящее исследование доказывает наличие оксидативно-воспалительного стресса при ЭЯ как на системном, так и на локальном уровне и его влияние на ОР. По всей вероятности, эндометриомы обладают разной степенью «токсичности», предопределяемой генетически и связанной в том числе с выраженностью и частотой внутреннего повреждения капсулы кисты, приводящего к увеличению концентрации железа и ЛДГ и, как следствие, к активации воспалительных реакций и фиброзу. Выявленные особенности ЭЯ, особенно при небольших их размерах, следует учитывать при выборе тактики ведения.

Литература

1. Younis J.S., Shapso N., Fleming R. et al. Impact of unilateral versus bilateral ovarian endometriotic cystectomy on ovarian reserve: a systematic review and meta-analysis // Hum. Reprod. Update. — 2019. — Vol. 25. — №3. — P. 375–391.
2. Kitajima M., Khan K.N., Harada A. Association between ovarian endometrioma and ovarian reserve // Front Biosci (Elite Ed). — 2018. — Vol. 10. — P. 92–102.
3. Inal Z.O., Engin Ustun Y., Yilmaz N. et al. Does the anti-Müllerian hormone truly reflect ovarian response in women with endometrioma? // J. Obstet. Gynaecol. — 2019. — Vol. 39. — №4. — P. 516–521.

**УЧАСТВУЙТЕ
В АКЦИИ!**

СЧАСТЛИВЫЙ ПОДПИСЧИК 2020

Оформите до **22 декабря 2020 года** подписку на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» **на 2021 год** и станьте участником розыгрыша!



ГОД: 2014
г. Нарьян-Мар



ГОД: 2015
г. Челябинск



ГОД: 2016
г. Чаны



ГОД: 2017
г. Ярославль



ГОД: 2018
г. Нижневартовск



ГОД: 2019
г. Нижневартовск

Победитель награждается

- Бессрочной подпиской на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» с 2022 года!
- Поездкой в Сочи на XV Общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (4–7 сентября 2021 года).

ГОД:
2020

4. Дубинская Е.Д., Гаспаров А.С., Косаченко А.Г. и др. «Агрессивность» цистэктомии при эндометриоидных кистах яичников // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2018. — Т. 17. — №1. — С. 5–12.
5. Grisendi V., Mastellari E., La Marca A. Ovarian Reserve Markers to Identify Poor Responders in the Context of Poseidon Classification // *Front. Endocrinol.* — 2019. — Vol. 8. — №10. — P. 281–288.
6. Дубинская Е.Д., Гаспаров А.С., Дутов А.А. и др. Овариальный резерв и эндометриоидные кисты яичников: клинические и ультразвуковые аспекты // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2017. — Т. 16. — №4. — С. 24–31.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЦИСТЭКТОМИИ НА ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ

*Дутов А.А., ассистент кафедры¹;
Дубинская Е.Д., докт. мед. наук²;
Гаспаров А.С., докт. мед. наук¹;
Холбан И.В., ассистент кафедры¹.*

¹Российский университет дружбы народов, кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины (Москва);

²Российский университет дружбы народов, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии (Москва).

E-mail: eka-dubinskaya@yandex.ru;
моб. тел.: +7 (903) 1175558.

Всего в исследование было включено 340 пациенток репродуктивного возраста с эндометриозом яичников (ЭЯ) и наличием болевого синдрома различной степени интенсивности. С помощью математического анализа были выделены наиболее значимые факторы риска снижения овариального резерва (ОР) после цистэктомии, на основе чего разработана и предложена балльная диагностическая шкала. Установлено, что наиболее значимыми факторами являются ультразвуковые особенности и молекулярно-биохимические факторы «токсичности» ЭЯ.

In the study included 340 patients of reproductive age with ovarian endometriosis and the presence of pain, of varying degrees of intensity. Using mathematical analysis, the most significant risk factors for reducing the ovarian reserve after cystectomy were identified, on the basis of which a point diagnostic scale was developed and proposed. It has been established that the most significant factors are ultrasonic features and molecular biochemical toxicity factors of ovarian endometriosis.

Вопросы наиболее адекватного лечения ЭЯ обсуждаются в литературе в течение длительного времени, но до сих пор однозначного мнения не существует. На сегодняшний день не представляется возможным оценить долю «токсического» влияния непосредственно эндометриомы на ОР и вклад цистэктомии в его повреждение.

Целью настоящего исследования явился анализ неблагоприятных клинических, ультразвуковых и биохимических особенностей эндометриом и оценка их влияния на ОР после цистэктомии.

В период 2013–2018 гг. было обследовано и отобрано для исследования 340 пациенток репродуктивного возраста с ЭЯ и хронической тазовой болью. Всем пациенткам было выполнено удаление ЭЯ (цистэктомия) лапароскопическим доступом в пределах здоровой ткани яичника по разработанной нами методике с использованием аргоноплазменной коагуляции. Основным исходом исследования считали показатели уровня АМГ через 3 мес после цистэктомии: при его снижении более чем на 50% от первоначальных значений исход считали неблагоприятным, при снижении АМГ менее чем на 50% от первоначальных значений считали, что цистэктомия в данном случае не оказала выраженного влияния на ОР.

Были построены модели линейной регрессии, которые включали несколько переменных, для определения характеристик, наиболее важных для прогнозирования влияния цистэктомии на ОР. Для выявления показателей в качестве прогностических факторов риска снижения ОР применялся ROC-анализ. Проверяемые независимые переменные включали демографические, ультразвуковые и молекулярно-биохимические характеристики, ассоциированные со степенью снижения уровня АМГ после цистэктомии.

Согласно полученным данным, с помощью математического анализа были выделены наиболее значимые факторы риска снижения ОР после цистэктомии, на основе чего разработана и предложена балльная диагностическая шкала. Установлено, что наиболее значимыми факторами являются ультразвуковые особенности и молекулярно-биохимические факторы «токсичности» ЭЯ. Максимальная оценка составила 15 баллов. Установлено, что при суммарном наборе 8 баллов и более прогнозируется риск повреждения ОР после цистэктомии на 50% и более (высокий риск).

Выделение неблагоприятных факторов риска снижения ОР после цистэктомии у пациенток с ЭЯ и разработка балльной шкалы позволит прогнозировать группы пациенток с ЭЯ, у которых цистэктомия будет наиболее травматичной для ОР (высокий риск снижения ОР) и в дальнейшем предопределять оптимальную тактику ведения с учётом будущих репродуктивных планов.

Таким образом, при выборе тактики ведения пациенток репродуктивного возраста с ЭЯ необходимо оценивать индивидуальный риск прогнозирования повреждения ОР после цистэктомии с учётом балльной шкалы.

Литература

1. Дубинская Е.Д., Гаспаров А.С., Дутов А.А. и др. Овариальный резерв и эндометриоидные кисты яичников: клинические и ультразвуковые аспекты // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2017. — Т. 16. — №4. — С. 24–31.
2. Amooee S., Gharib M., Ravanfar P. Comparison of anti-mullerian hormone level in non-endometriotic benign ovarian cyst before and after laparoscopic cystectomy // *Iran. J. Reprod. Med.* — 2015. — Vol. 13. — №3. — P. 149–154.
3. Дубинская Е.Д., Гаспаров А.С., Косаченко А.Г. и др. Агрессивность цистэктомии при эндометриоидных кистах яичников // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2018. — Т. 17. — №1. — С. 5–12.
4. Song Y.J., Kim A., Kim G.T. Inhibition of lactate dehydrogenase A suppresses inflammatory response in RAW264.7 macrophages // *Mol. Med. Rep.* — 2019. — Vol. 19. — №1. — P. 629–637.

5. Дубинская Е.Д., Гаспаров А.С., Дутов А.А. и др. Молекулярно-биохимические факторы токсичности эндометриоидных кист и их влияние на овариальный резерв // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2020. — Т. 19. — №1. — С. 45–51.

УСКОРЕННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЁЛЫХ ПРОЛАПСОВ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН. НЕВОЗМОЖНОЕ — ВОЗМОЖНО

Жаркин Н.А., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой;
Сейкина В.А., аспирант кафедры;
Прохватиллов С.А., зав. гинекологическим
отделением, ассистент кафедры;
Бурова Н.А., канд. мед. наук, доц. кафедры.
Волгоградский государственный медицинский
университет, кафедра акушерства и гинекологии;
Волгоградская областная клиническая больница №1.
E-mail: Zharkin55@mail.ru;
тел.: +7 (902) 310 1898.

Сравнительная оценка результатов лечения пациенток с тяжёлыми пролапсами тазовых органов, включающего оригинальный метод хирургической коррекции и принципы ускоренного выздоровления после операции, показала, что помимо минимизации частоты осложнений в раннем послеоперационном периоде в основной группе (9,3 против 15% в группе сравнения), не повлекших снижения качества жизни в дальнейшем, удалось сократить продолжительность нахождения пациенток в стационаре в среднем на 2,5 сут, уменьшить расходы на лечение и повысить удовлетворённость результатами лечения.

Compare the results of treatment of patients with severe pelvic organ prolapsed, including an improved method of surgery and the principles of enhanced recovery after surgery has shown the minimizing the rate of complications in the early postoperative period in the main group (9.3% vs 15% in the comparison group) occurred without reducing the quality of life in the future, managed to reduce the time spent by patients in hospital on average 2.5 days, decrease treatment costs and increase satisfaction with treatment outcomes.

Новая концепция в хирургии — fast track surgery (FTS) («быстрый путь в хирургии») — в сочетании с enhanced recovery after surgery (ERAS) («ускоренное восстановление после хирургических операций») предусматривает минимизацию стрессового воздействия хирургического лечения на организм больного на всех этапах периоперационного периода. Это реализуется за счёт рациональной предоперационной подготовки, использования малоинвазивных и высокотехнологичных хирургических методов,

оптимизации анальгезии и ранней реабилитации в послеоперационном периоде. Относительно пациенток с тяжёлыми пролапсами тазовых органов эта концепция является многообещающей, так как в лечении таких больных имеются известные трудности, обусловленные не только сложностью операций, но и особенностями ведения послеоперационного периода.

Целью исследования явилась разработка инновационного подхода к лечению пациенток с пролапсами тазовых органов в виде оригинальной методики выполнения операции и использования принципов укоренного выздоровления.

Материалы и методы. Проведено проспективное сравнительное наблюдение за 86 пациентками с пролапсом тазовых органов POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantitative) II–III степени тяжести (основная группа) и 32 пациентками, пролеченными по традиционной методике. В основной группе госпитализация осуществлялась накануне дня операции. Хирургическое лечение проводилось по «Способу хирургического лечения пролапса тазовых органов» (патент №2581005 от 21.03.2016 г.) и заключалось в двухэтапной операции. На первом этапе выполнялась передняя и/или задняя кольпоперинеорафия с леваторопластикой. На втором этапе лапаротомическим или лапароскопическим доступом шейка матки фиксировалась линейным сетчатым протезом экстраперитонеально между листками широкой связки матки к апоневрозу передней брюшной стенки. В послеоперационном периоде осуществлялись ранняя активация пациенток (вечером в день операции), ограничение назначения анальгетиков одними сутками, энтеральное кормление через 6–8 ч после операции (смеси «Нутризон», «Нутрикомп»), исключение клизмы, ранняя выписка из стационара (не позднее 6-х суток). Оценивались удовлетворённость пациенток в плане устранения симптомов заболевания, наличие ранних и отсроченных осложнений, частота рецидивов в течение 2 лет после операции. В группе сравнения наблюдение ограничивалось только стационарным этапом.

Результаты. Продолжительность операции в обеих группах была сопоставима и не превышала 140 мин. Интраоперационных осложнений не было ни в одном случае. Средняя кровопотеря на 1-м этапе составила 50 ± 7 мл, на 2-м — 150 ± 24 мл. Ранние послеоперационные осложнения в виде гематом и кратковременных (до 2 сут) нарушений мочеиспускания в основной группе отмечены в шести случаях (9,3%) против пяти (15%) в группе сравнения. Продолжительность стационарного лечения в основной группе составила $6,1 \pm 1,01$ сут, а в группе сравнения — $8,3 \pm 1,7$ сут. Удовлетворённость результатами лечения через 3 мес отметили 82 (95,3%) пациентки основной группы. Рецидив пролапса в течение 2 лет наблюдения возник у двух из 60 (3%) пациенток. За остальными наблюдение продолжается.

Таким образом, усовершенствованный метод хирургического лечения в сочетании с принципами ускоренного выздоровления после операции у пациенток с тяжёлыми пролапсами тазовых органов позволяет улучшить течение раннего послеоперационного периода и достичь хороших отдалённых результатов.

Литература

1. Васин Р.В., Филимонов В.Б., Васина И.В. Генитальный пролапс: современные аспекты оперативного лечения (обзор

- литературы) // *Экспериментальная и клиническая урология*. — 2017. — №1.
2. Maher C., Feiner B., Baessler K., Schmid C. *Surgical management of pelvic organ prolapse in women* // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2013. — Apr 30. — Vol. 4. — Art. №CD004014.
 3. Groot J.J.A., Ament St.M.C., Maessen J.M.C. et al. *Enhanced recovery pathways in abdominal gynecologic surgery: a systematic review and meta-analysis* // *Acta Obstet. Gynecol. Scandinavica*. — 2015. — Vol. 95. — №4. — P. 382–395.
 4. Коршунов М.Ю., Сазыкина Е.И. Опросник «ПД-КЖ-валидированный способ оценки симптомов дисфункции тазового дна и качества жизни у пациенток с пролапсом тазовых органов» // *Журнал акушерства и женских болезней*. — 2008. — №3. — С. 86–91.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПОСЛЕ КОЛЬПОПЕРИНЕОРАФИИ

Жуманова Е.Н., канд. мед. наук; руководитель Центра гинекологии, онкологии, репродуктивной и эстетической медицины¹; доц. кафедры восстановительной медицины и медицинской реабилитации с курсами сестринского дела, клинической психологии и педагогики²; зав. кафедрой репродуктивной и эстетической медицины, биомедицинских технологий с курсом эмбриологии³;
Конева Е.С., докт. мед. наук, проф. кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации⁴; руководитель⁵.

¹Клиническая больница №1 АО ГК «Медси»;

²Центральная государственная медицинская академия
Управления делами Президента РФ;

³Медицинская академия АО ГК «Медси»;

⁴Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова;

⁵Центр медицинской реабилитации АО ГК «Медси».
E-mail: ekaterinazhumanova@yandex.ru;
моб. тел.: +7 (985) 7607085.

В статье представлены результаты лечения 100 женщин с ректоцеле, которые были разделены на основную и контрольную группы. В результате проведённых исследований показано, что под воздействием разработанного реабилитационного комплекса независимо от возраста отмечалась высокодостоверная динамика всех жалоб за счёт влияния входящих в него физических факторов на различные патогенетические звенья развития заболевания.

The article presents the results of treatment of 100 women with rectocele, who were divided into main and control groups. As a result of the conducted research, it is shown that under the influence of the developed rehabilitation complex, regardless of age, there was a highly reliable dynamics of all complaints due to the influence of physical factors included in it on various pathogenetic links in the development of the disease.

Опущение стенок влагалища является одной из актуальных проблем гинекологии в связи с тем, что частота его встре-

чаемости достигает 30% у женщин репродуктивного возраста и 50–60% у женщин пожилого и старческого возраста, при этом в 70–80% случаев сочетается с различными урогенитальными нарушениями, возрастающими до и в постменопаузе на фоне эстрогенного дефицита. Более половины этих пациентов в конечном итоге подвергаются реконструктивно-пластическим операциям на влагалище. Одной из самых востребованных операций на сегодняшний день является кольпоперинеорафия.

Цель данной работы — разработать и научно обосновать влияние реабилитационного комплекса, включающего общую магнитотерапию, электромиостимуляцию с биологической обратной связью в сочетании с фракционной микроаблативной терапией СО₂-лазером, на клиническую симптоматику у пациенток разных возрастных групп с ректоцеле после оперативного вмешательства.

В исследовании представлены результаты лечения 100 женщин с ректоцеле, которые были разделены на основную и контрольную группы; внутри каждой группы в зависимости от возраста они делились на две подгруппы: в подгруппу А были включены женщины детородного возраста, в подгруппу В — женщины перименопаузального возраста. Больным основной группы в раннем послеоперационном периоде после пластической операции по поводу ректоцеле (с 1-х суток) проводили курс общей магнитотерапии и в позднем послеоперационном периоде (через месяц после операции) проводили комплекс мероприятий, состоящий из курса электромиостимуляции с биологической связью мышц тазового дна, двух внутривлагалищных процедур фракционной микроаблативной терапии СО₂-лазером с интервалом 4–5 нед. Пациентки контрольной группы после оперативного лечения ректоцеле в позднем послеоперационном периоде получали симптоматическую терапию, включающую обезболивающие и спазмолитические средства и комплекс упражнений по Кегелю, которые служили фоном в основной группе.

Под влиянием курса общей магнитотерапии, применённой в раннем (с 1-х суток) послеоперационном периоде, и комплекса мероприятий в позднем послеоперационном периоде (через месяц после операции), состоящего из двух внутривлагалищных процедур фракционной микроаблативной терапии углекислотным лазером, курса электромиостимуляции с биологической связью мышц тазового дна и комплекса упражнений по Кегелю, независимо от возраста отмечалась высокодостоверная динамика всех жалоб за счёт влияния разработанного комплекса на различные патогенетические звенья развития заболевания.

Литература

1. Аполихина И.А., Дикке Г.Б., Кочев Д.М. Современная лечебно-профилактическая тактика при опущении и выпадении половых органов у женщин. Знания и практические навыки врачей // *Материалы 26-го Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний»*. — М., 2013. — С. 34.
2. *Гинекология: Национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манчулина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 404–405.
3. Дикке Г.Б. Алгоритм ранней диагностики и консервативного лечения дисфункции тазового дна: 5 STEPS. — М., 2018. — 24 с.

4. Дикке Г.Б. Патогенетические подходы к выбору метода лечения дисфункции тазового дна // Фарматека. — 2017. — №12. — С. 30–36.

КОМПЛЕКСНЫЕ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИЙ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ

Жуманова Е.Н., канд. мед. наук, руководитель Центра гинекологии, онкологии, репродуктивной и эстетической медицины¹; доц. кафедры восстановительной медицины и медицинской реабилитации с курсами сестринского дела, клинической психологии и педагогики²; зав. кафедрой репродуктивной и эстетической медицины, биомедицинских технологий с курсом эмбриологии³;

Конева Е.С., докт. мед. наук, проф. кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации⁴; руководитель⁵.

¹Клиническая больница №1 АО ГК «Медси»;

²Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ;

³Медицинская академия АО ГК «Медси»;

⁴Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова;

⁵Центр медицинской реабилитации АО ГК «Медси». E-mail: ekaterinazhumanova@yandex.ru; моб. тел.: +7 (985) 760 7085.

В статье представлены данные лечения 200 женщин детородного, пери- и менопаузального возраста с ректоцеле II–III степени после оперативного лечения, которые были разделены на четыре сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы. В результате установлено, что разработанные реабилитационные комплексы обладают выраженным миостимулирующим эффектом и могут быть рекомендованы для широкого применения в реабилитационных программах послеоперационного ведения.

The article presents data on the treatment of 200 women of childbearing, peri- and menopausal age with rectocele of II–III degree, which were divided into 4 groups comparable in clinical and functional characteristics. As a result of the research, it was found that the developed rehabilitation complexes have a pronounced myostimulating effect, and can be recommended for wide use in rehabilitation programs for postoperative management.

Дисфункции мышц тазового дна в настоящее время являются краеугольным камнем как в гинекологии, так и в восстановительной медицине, так как у женщин уже в репродуктивном возрасте, особенно после многократных родов и на ранних стадиях, могут протекать практически бессимптомно, а отсутствие своевременной коррекции

приводит к возникновению изменений положения и функции тазовых органов в виде провоцирования пролапса гениталий и развитию нарушений мочеиспускания, диспареунии и другим последствиям. Не менее важно уделять внимание восстановлению функции мышц тазового дна у пациенток после реконструктивно-пластических операций. Одной из самых распространённых операций на сегодняшний день с использованием собственных тканей является коррекция ректоцеле.

Цель данного исследования — разработать и научно обосновать оптимизированные комплексные программы, включающие общую магнитотерапию, фракционную микроаблативную терапию СО₂-лазером, электромиостимуляцию с биологической связью мышц тазового дна и специальный комплекс ЛФК у пациенток разных возрастных групп после реконструктивно-пластических операций по поводу ректоцеле для лечения дисфункции мышц тазового дна.

В данном исследовании представлены данные лечения 200 женщин детородного, пери- и менопаузального возраста с ректоцеле II–III степени, которые были разделены на четыре сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы. Основную группу составили 50 больных, которым после оперативного лечения ректоцеле проводили комплекс, состоящий из курса общей магнитотерапии, двух внутривлагалищных процедур фракционной микроаблативной терапии СО₂-лазером, электромиостимуляции с БОС мышц тазового дна и специального комплекса лечебной физкультуры. В группу сравнения 1 вошли 50 больных, которым проводили вышеперечисленный комплекс реабилитационных мероприятий без общей магнитотерапии; сравнения 2–50 больных после оперативного лечения ректоцеле, которым в позднем послеоперационном периоде (через месяц после операции) проводили комплекс реабилитационных мероприятий, включающий курс электромиостимуляции с биологической связью мышц тазового дна, состоящий из 10 ежедневных процедур и специального комплекса лечебной физкультуры. Контрольную группу составили 50 больных после оперативного лечения ректоцеле, которым в позднем послеоперационном периоде проводилась симптоматическая терапия, включающая обезболивающие и спазмолитические средства; она служила фоном для всех остальных групп.

Таким образом, при применении разработанных реабилитационных комплексов у пациенток после оперативного вмешательства по поводу ректоцеле был получен выраженный миостимулирующий эффект независимо от возраста, что, на наш взгляд, связано прежде всего с активным влиянием электростимуляции и комплекса специальных упражнений для укрепления мышц тазового дна на сократительную способность мышц, а в сочетании с общей магнитотерапией, оказывающей позитивное влияние на вегетативную регуляцию мышечно-связочного аппарата, и фракционной микроаблативной терапией, по оценке самих пациенток, он был выражен даже в несколько большей степени, что даёт основание рекомендовать их для применения в широкой гинекологической практике.

Литература

1. Аполихина И.А., Дикке Г.Б., Кочев Д.М. Современная лечебно-профилактическая тактика при опущении и выпадении половых органов у женщин. Знания и практические навыки врачей // Материалы 26-го Международного конгресса

- с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». — М., 2013. — С. 34.
2. Беженарь В.Ф., Богатырева Е.В., Павлова Н.Г. и др. Пропалс тазовых органов у женщин: этиология, патогенез, принципы диагностики: Пособие для врачей / Ред. Э.К. Айламазян. — СПб.: Н-Л, 2010. — 48 с.
3. Дикке Г.Б., Суханов А.А., Кукарская И.И. Современные методы оценки функции и силы мышц тазового дна у женщин // Медицинский алфавит. Современная гинекология. — 2019. — Т. 1. — №1. — С. 16–21.
4. Елифанов В.А., Корчажкина Н.Б. Медицинская реабилитация в акушерстве и гинекологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 504 с.

НЕГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА. КСЕНОТЕРАПИЯ

Коваль М.В., канд. мед. наук, ассистент кафедры;
Обоскалова Т.А., докт. мед. наук, проф., зав.
кафедрой.

Уральский государственный медицинский университет.
E-mail: marinakoval1203@gmail.com;
тел.: +7 (912) 262 0279.

Ксенотерапия эффективно купирует вазомоторные и психоэмоциональные симптомы у пациенток в периоде менопаузального перехода. Ингаляции ксенона в субнаркозных дозах сравнима с применением менопаузальной гормональной терапии в течение 1 мес наблюдения, что позволяет использовать данный вид терапии у пациенток с противопоказаниями к гормонотерапии.

Xenon therapy effectively relieves vasomotor and psychoemotional symptoms in patients during the menopausal transition. Inhalation of xenon in sub-narcotic doses is comparable with the use of menopausal hormone therapy within 1 month of observation, which allows the use of this type of therapy in patients with contraindications to hormone therapy.

Основным методом профилактики и коррекции менопаузальных расстройств является менопаузальная гормонотерапия (МГТ) различными аналогами половых стероидных гормонов. Гормонотерапия противопоказана при опухолях матки, яичников и молочных желёз, при маточных кровотечениях неясного генеза, остром тромбозе, острой тромбоземической болезни, при печёночной и почечной недостаточности, тяжёлых формах сахарного диабета. Осторожность в применении гормонов требуется и при эпилепсии, мигрени, а также при эндометриозе, бессимптомной миоме матки малых размеров, указаниях в анамнезе на желтуху беременных [1]. В настоящее время к высокоперспективным факторам коррекции функциональных нарушений при различной патологии относят ксенотерапию. В результате активации стресс-лимитирующих систем, нормализации нейроэндокринной регуляции действие ксенона клинически проявляется ноотропным, антидепрессантным,

антигипоксическим, иммуностимулирующим, противовоспалительным эффектом [2].

Цель работы — оптимизировать коррекцию климактерического синдрома у пациенток с противопоказаниями к гормонотерапии.

Проведено когортное проспективное сравнительное исследование. Обследовано 16 пациенток с климактерическим синдромом в периоде менопаузального перехода. Средний возраст составил 45 лет (43–49). В I группу (n=8) вошли пациентки, принимающие МГТ (эстрадиола валерат 1мг/дидрогестерон 10 мг). Во II группу (n=8) — женщины с противопоказаниями к гормональной терапии и не желающие её использовать. Пациенткам II группы выполнено пять процедур ксенотерапии в утренние часы через день с подачей концентрации ксенона: 1-й день — 12–14% 20 мин; 2-й день — 14–16% 17 мин; 3-й день — 16–18% 15 мин; 4-й день — 18–20% 12 мин; 5-й день — 20–22% 10 мин [3]. На первом визите и через 1 мес после назначенной терапии проводили подсчёт и сравнение менопаузальных симптомов с использованием климактерической шкалы, оценку состояния психоэмоционального статуса с применением нейропсихологического теста Спилберга, оценку мультистероидного профиля слюны (эстрадиол, прогестерон, кортизол, тестостерон, ДЭГА, андростендион, 17-гидроксипрогестерон)

Для статистической обработки данных использовались пакеты прикладных программ Microsoft Office 2012 и SPSS Statistics 20.0 for Windows v.12.0.

На первом визите у всех женщин верифицирован климактерический синдром средней степени тяжести. Средний итоговый балл по шкале Грина составил $16 \pm 5,3$ и $17 \pm 6,0$ соответственно группам пациенток. Длительность климактерического синдрома колебалась от 3 до 9 мес. На втором визите в обеих наблюдаемых группах женщин климактерический синдром значительно купировался ($p_1=0,001$, $p_2=0,001$). В первой группе средний итоговый балл по шкале Грина составил $4 \pm 3,1$, во второй — $6 \pm 4,3$. Эти данные соответствуют проявлениям климактерического синдрома лёгкой степени и существенно не различаются в группах обследуемых пациенток ($p=0,34$).

При анализе результатов теста Спилберга выявлено, что исходные параметры личностной тревожности составили у пациенток первой группы $55,6 \pm 5,3$, второй — $52,6 \pm 6,2$, что соответствует высокому уровню тревожности. Через месяц этот показатель статистически достоверно уменьшился по сравнению с исходным в обеих группах пациенток: в первой группе — $22 \pm 6,3$ ($p_1=0,001$), во второй — $27,2 \pm 5,6$ ($p_2=0,001$). Эти данные соответствуют низкому уровню личностной тревожности и значимо не различаются в группах обследуемых пациенток ($p=0,11$). Показатели ситуационной тревожности у пациенток первой группы $45,5 \pm 4,3$, второй — $40,6 \pm 5,2$, что соответствует среднему уровню тревожности. Через месяц динамика показателей ситуационной тревожности достоверно снизилась в обеих группах ($p_1=0,001$, $p_2=0,001$): в первой группе — $20 \pm 5,8$, во второй — $25 \pm 5,3$. Этот показатель относится к категории низкого уровня тревожности и существенно не различается в сравниваемых группах ($p=0,36$).

Мультистероидный профиль слюны до лечения характеризовался сниженным уровнем эстрадиола: $1 \pm 0,5$ пг/мл в первой группе и $2 \pm 1,5$ пг/мл во второй группе пациенток. Концентрация прогестерона в слюне составила $14,0 \pm 4,1$

пг/мл, что соответствовало референсным значениям фолликулиновой фазы цикла. При повторном обследовании через месяц в группе пациенток, применяющих МГТ, существенно повысился уровень эстрадиола (до $12 \pm 2,5$ пг/мл; $p=0,001$) и прогестерона (до 100 пг/мл; $p=0,001$). Таким образом, применение ингаляции ксенона в субнаркологических дозах позволяет эффективно купировать вазомоторные симптомы.

Литература

1. Менопаузальная гормональная терапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте: Клинические рекомендации (протокол лечения). — М., 2015. — URL: <http://zdrav.spb.ru/media/filebrowser>.
2. Буров Н.Е., Потапов В.Н. Применение ксенона в медицине. — М.: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2012. — 357 с.
3. Попова Н.Н., Шихлярова А.И., Меньшичина А.П. и др. Применение малых доз ксенона для коррекции нарушений психосоматического и адаптационного статуса, а также показателей интоксикации у пациенток // Вестник восстановительной медицины. — 2019. — №5. — С. 81–86.

ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРА- ПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С ДИСФУНКЦИЕЙ ТАЗОВОГО ДНА

Колгаева Д.И., врач-гинеколог Центра гинекологии, онкологии, репродуктивной и эстетической медицины¹; аспирант кафедры восстановительной медицины и медицинской реабилитации с курсами сестринского дела, клинической психологии и педагогики²; ассистент кафедры репродуктивной и эстетической медицины, биомедицинских технологий с курсом эмбриологии³;

Лядов К.В., докт. мед. наук, акад. РАН, проф. кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации⁴.

¹Клиническая больница №1 АО ГК «Медси»;

²Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ;

³Медицинская академия АО ГК «Медси»;

⁴Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова.

E-mail: dkolgaeva@gmail.com;

моб. тел.: +7 (916) 963 3984.

В исследовании представлены данные оценки влияния комплексного применения пульсирующего низкочастотного переменного электрического и высокоинтенсивного сфокусированного электромагнитного полей и моно воздействий высокоинтенсивным сфокусированным электромагнитным полем на качество жизни пациенток со стрессовым недержанием мочи и опущением

стенок влагалища по данным анкеты Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) и шкалы QOL.

The study presents data on the impact of the integrated use of a pulsating low-frequency alternating electric and high-intensity focused electromagnetic field and mono-effects by a high-intensity focused electromagnetic field on the quality of life of patients with stress urinary incontinence and lowering of the vaginal walls according to the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and the scale QOL.

Целью исследования было разработать и научно обосновать комплексное применение пульсирующего низкочастотного переменного электрического и высокоинтенсивного сфокусированного электромагнитного полей при стрессовом недержании мочи у женщин.

Задача исследования — оценить влияние комплексного применения пульсирующего низкочастотного переменного электрического и высокоинтенсивного сфокусированного электромагнитного полей и моно воздействий высокоинтенсивным сфокусированным электромагнитным полем на качество жизни пациенток со стрессовым недержанием мочи по данным анкеты Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) и шкалы QOL.

В исследовании участвовали 105 женщин в период менопаузы и постменопаузы (в возрасте от 46 до 62 лет), средний возраст которых составил $55,1 \pm 4,4$ года, со стрессовым недержанием лёгкой и средней степени тяжести, длительность заболевания у которых составила $5,8 \pm 2,5$ года. Пациентки были разделены на три сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы. Основную группу составили 35 пациенток со стрессовым недержанием мочи, которым проводили комплексное лечение, включающее ВИФЭМ-терапию 3 раза в неделю (на курс шесть-семь процедур, продолжительность каждой процедуры 20 мин) и электростатический массаж пульсирующим низкочастотным переменным электрическим полем (на курс 8–10 ежедневных процедур). В группу сравнения вошли 35 пациенток со стрессовым недержанием мочи, которым проводили ВИФЭМ-терапию 3 раза в неделю (на курс шесть-семь процедур, продолжительность каждой процедуры 20 мин). В контрольную — 35 пациенток, которым проводили консервативное лечение, программу тренировки мочевого пузыря (упражнения Кегеля) ежедневно (на курс 20 занятий) и поведенческую терапию, служившие фоном для основной группы и группы сравнения. В результате проведенного исследования было показано, что включение в лечебную программу комплекса, состоящего из пульсирующего низкочастотного переменного электрического и высокоинтенсивного сфокусированного электромагнитного полей, в большей степени, чем моно воздействие высокоинтенсивным сфокусированным электромагнитным полем, способствует у пациенток со стрессовой инконтиненцией значимому улучшению качества жизни, что подтверждается показателями шкалы QOL, которые после курса лечения в основной группе в среднем на 65,7% ($p < 0,01$), а в группе сравнения и особенно в контрольной группе — на 40% ($p < 0,05$) и на 8–18% ($p > 0,05$) соответственно выше исходных значений, и уменьшению всех показателей анкеты Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7), особенно у пациенток основной группы (в среднем в 3,23 раза), и подтверждается показателем суммы баллов, который составил после лечения $4,2 \pm 0,02$ балла по сравнению с $13,6 \pm 0,2$ балла в исходе ($p < 0,001$).

Литература

1. Аполихина И.А., Железнякова А.И., Ибинаева И.С., Саидова А.С. Влияние экстракорпоральной магнитной стиму-

- лящи на качество жизни женщин со стрессовым недержанием мочи // *Материалы IV Международного конгресса по репродуктивной медицине «Проблемы репродукции»*. — Спец. выпуск. — М., 2010. — С. 183–184.
2. Брэдишоу Х.Д., Баркер А.Т., Рэдди С.К., Чейпл К.Р. Воздействие магнитной стимуляции тазового дна на произвольную активность детрузора при естественном наполнении и симптомах гиперактивности мочевого пузыря // *British J. Urol.* — 2003. — Vol. 91. — №9. — P. 810–813.
 3. Вишневецкий Е.Л. Клиническая оценка расстройств мочеиспускания. — М.: Терра, 2001. — 96 с.
 4. Данилов В.В. Некоторые аспекты клинической оценки форм недержания мочи у женщин // *Материалы 3-й Дальневосточной региональной конференции*. — Владивосток, 2003. — С. 176–186.

МАТОЧНЫЙ КРОВОТОК У ПАЦИЕНТОК С ДИСФУНКЦИЕЙ ТАЗОВОГО ДНА: ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ

Колгаева Д.И., врач-гинеколог Центра гинекологии, онкологии, репродуктивной и эстетической медицины¹; аспирант кафедры восстановительной медицины и медицинской реабилитации с курсами сестринского дела, клинической психологии и педагогики²; ассистент кафедры репродуктивной и эстетической медицины, биомедицинских технологий с курсом эмбриологии³;

Лядов К.В., докт. мед. наук, акад. РАН, проф. кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации⁴.

¹Клиническая больница №1 АО ГК «Медси»;

²Центральная государственная медицинская академия
Управления делами Президента РФ;

³Медицинская академия АО ГК «Медси»;

⁴Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова.

E-mail: dkolgaeva@gmail.com;

моб. тел.: +7 (916) 963 3984.

Представлены данные лечения 200 женщин детородного, пери- и менопаузального возраста с ректоцеле II–III степени и 20 практически здоровых женщин сопоставимого возраста, результаты обследования которых принимались за значения «нормы». В результате проведенных исследований установлено, что независимо от возраста и степени выраженности нарушений маточного кровотока по маточным артериям у пациенток с ректоцеле наиболее выраженная динамика отмечалась у больных основной группы, которым проводили курс общей магнитотерапии в раннем (с 1-х суток) послеоперационном периоде и комплекс мероприятий в позднем послеоперационном периоде (через месяц после операции), состоящий из двух внутривлагалищных процедур фракционной микроаблативной терапии углекис-

лотным лазером, курса электромиостимуляции с биологической связью мышц тазового дна и специального комплекса лечебной физкультуры.

The article presents data on the treatment of 200 women of childbearing, peri- and menopausal age with rectocele of II–III degree, and 20 practically healthy women of comparable age, the results of which were taken as «normal» values. As a result of researches it is established that regardless of age and severity of disorders of uterine blood flow in the uterine arteries in patients with rectocele, the most pronounced dynamics was observed in study group patients who underwent a course of General magnetotherapy in the early (1 day) postoperative period and complex events in the late postoperacionny period (month after surgery), consisting of 2 unutriagalischnye procedures microablation therapy fractional carbon dioxide laser, the course of electromyostimulation with the biological connection of the pelvic floor muscles and a special complex of therapeutic physical education.

Цель исследования — разработать и научно обосновать оптимизированные комплексные программы, включающие общую магнитотерапию, фракционную микроаблативную терапию СО₂-лазером, электромиостимуляцию с биологической связью мышц тазового дна и специальный комплекс ЛФК у пациенток разных возрастных групп после реконструктивно-пластических операций по поводу ректоцеле.

Задача исследования — оценить сократительную способность мышц тазового дна до начала лечения и под влиянием комплексного применения общей магнитотерапии, электромиостимуляции с биологической связью мышц тазового дна и специального комплекса ЛФК в сочетании с фракционной микроаблативной терапией СО₂-лазером и без неё у пациенток разных возрастных групп после пластической операции по поводу ректоцеле.

Для выполнения поставленной цели и решения задач были проведены исследования 220 женщин, из которых 200 женщин с ректоцеле II–III степени (код по МКБ-10 N81.6) и 20 практически здоровых женщин сопоставимого возраста, результаты обследования которых принимались за значения «нормы».

Все больные были разделены на четыре сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы — основную, сравнения 1, сравнения 2 и контрольную — по 50 пациенток, которым после оперативного лечения ректоцеле в позднем послеоперационном периоде применялись реабилитационные программы, симптоматическая терапия, включающая в разных сочетаниях курс общей магнитотерапии и электромиостимуляции с биологической связью мышц тазового дна, процедуры внутривлагалищной фракционной микроаблативной терапии СО₂-лазером и специальный комплекс лечебной физкультуры. Так, в исходном состоянии в среднем по группе у пациенток подгруппы А показатель был снижен в 1,77 раза ($p < 0,01$), а у пациенток подгруппы В — в 1,79 раза по сравнению со здоровыми ($p < 0,01$). После курса лечения независимо от возраста в основной группе и группах сравнения 1 и 2 показатели приблизились к норме. У пациенток контрольной группы независимо от возраста изучаемый показатель не претерпел достоверных изменений и оставался сниженным в 1,65–1,73 раза по сравнению с референсными значениями ($p < 0,01$).

Таким образом, при применении разработанных реабилитационных комплексов у пациенток после опера-

тивного вмешательства по поводу ректоцеле был получен выраженный миостимулирующий эффект независимо от возраста. На наш взгляд, это связано прежде всего с активным влиянием на сократительную способность мышц электростимуляции и комплекса специальных упражнений для укрепления мышц тазового дна, а в сочетании с общей магнитотерапией, оказывающей позитивное влияние на вегетативную регуляцию мышечно-связочного аппарата, и фракционной микроаблативной терапией, по оценке самих пациенток, он был выражен даже в несколько большей степени, что даёт основание рекомендовать их для применения в широкой гинекологической практике.

Литература

1. Аполухина И.А. Клиническая эпидемиология, дифференциальная диагностика и консервативное лечение недержания мочи у женщин: Дис. ... докт. мед. наук. — М., 2006. — С. 323.
2. Балан В.Е. Современные подходы к ведению и лечению женщин с расстройствами мочеиспускания (по материалам пресс-конференции) // Акушерство и гинекология. — 2006. — №5. — С. 65–67.
3. Дикке Г.Б. Алгоритм ранней диагностики и консервативного лечения дисфункции тазового дна: 5 STEPS. — М., 2018. — 24 с.
4. Лопаткин Н.А. Недержание мочи при напряжении у женщин // Руководство по урологии. — 1998. — Т. 3. — Гл. XI. — С. 148–162.

ПОРТРЕТ ЖЕНЩИНЫ С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

Кондрохина И.В., аспирант кафедры;
Ахмедьянова Р.Д., аспирант кафедры;
Тетелютин Ф.К., докт. мед. наук, проф., зав.
кафедрой.

Ижевская государственная медицинская академия,
кафедра акушерства и гинекологии.
E-mail: faina.tetelyutina@mail.ru;
моб. тел.: +7 (950) 820 9995.

В статье отображены результаты обследования 126 пациенток, из них с пролапсом гениталий — 105 молодых трудоспособных женщин с высокой частотой вредных факторов работы, высоким инфекционным индексом в детском и подростковом возрасте, наличием у каждой четвёртой рожавшей многоплодной беременности, страдающих сексуальной дисфункцией, что влияет на качество сексуальных взаимоотношений.

The article shows the results of examination of 126 patients, of them with prolapse of genitalia — 105 young, able-bodied women with a high frequency of harmful factors of work, a high infectious index in childhood and adolescence, the presence in every fourth birth of multiple pregnancies suffering from sexual dysfunction, which affects the quality of sexual relationships.

Актуальность. Актуальность проблемы пролапса гениталий у женщин подчёркивается высокой частотой в структуре гинекологических заболеваний — от 15 до 38,9%. Оперативное лечение, по данным зарубежных

и отечественных авторов, у женщин репродуктивного возраста проводится в 15%, а после 40 лет — в 34,7%.

Цель исследования — выявить особенности портрета женщины репродуктивного возраста с пролапсом гениталий.

Материалы и методы исследования. Обследовано 126 пациенток с информированным согласием. Клиническая характеристика больных основывалась на международной классификации болезней X пересмотра (ВОЗ, 1999). Основная группа представлена 105 женщинами с признаками пролапса гениталий, группа контроля — 21 пациенткой с отсутствием пролапса гениталий. Отбор пациенток в основную группу осуществлялся в соответствии с критериями включения (наличие пролапса гениталий) и критериями исключения (соматические заболевания в стадии декомпенсации, подострые и острые воспалительные заболевания органов малого таза, возраст старше 45 лет). Статистическую обработку проводили с помощью пакета программ Statistica 8.0. Достоверность различий определяли с помощью критериев Стьюдента, Манна–Уитни. Различия между показателями считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Возраст пациенток колебался от 26 до 43 лет. Средний возраст женщин основной группы составил $37,0 \pm 0,5$ года и не отличался от группы контроля ($36,8 \pm 2,2$ года; $p > 0,05$). Все больные включённые в исследование, находились на лечении в женской консультации не менее 3 лет.

Результаты исследования. Каждая третья пациентка (36; 34,3%) была в активном репродуктивном возрасте, в возрасте 36 лет и более было 69 (65,7%). Имели постоянного партнёра 84 (80,0%). Каждая вторая (58; 55,2%) состояла в зарегистрированном браке, каждая четвёртая (26; 24,8%) — в гражданском браке, и только каждая пятая (21; 20,0%) была одинокой. По социальному положению лидировали служащие (71; 67,6%), только каждая десятая (12; 11,4%) владела рабочей специальностью, семь (6,7%) состояли на бирже труда. Установлен рост числа домохозяек (15; 14,3%), которые занимали второе место. Большинство пациенток имели высшее (65; 61,9%) или незаконченное высшее (14; 13,3%) образование. Оценивая условия труда, следует указать на высокую частоту наличия одного или нескольких вредных факторов, влияющих отрицательно на организм. Каждая вторая (64; 60,9%) пациентка указала на высокие психоэмоциональные перегрузки, длительную работу с компьютером (67; 63,8%), длительное нахождение в одном положении (81; 77,1%). Обращает внимание, что только каждая седьмая (15; 14,3%) занималась тяжёлым физическим трудом. Длительность заболевания по данным анамнеза составила от 1 до 7 лет, у каждой второй женщины была не более 5 лет.

Оценивая медико-биологические факторы, влияющие на состояние здоровья, следует указать, что из анамнеза установлено наличие высокого инфекционного индекса в детском и подростковом периодах жизни. Наиболее часто в числе перенесённых заболеваний отмечена ветряная оспа (56; 53,3%), коревая краснуха (18; 17,1%), а также скарлатина и инфекционный гепатит (11; 10,5%). Частые респираторные заболевания отметили 72,4%, страдала хроническим тонзиллитом 51 (48,6%) пациентка. Анамнез репродуктивной функции показал, что у 75 (71,4%) женщин были роды. Из них у 56 (74,6%) одним плодом и у 19 (25,4%) беременность была многоплодной. Женщин, имеющих в анамнезе роды, чаще беспокоили недержание мочи (51;

68,0%), боли (32; 42,7%) и дискомфорт в нижних отделах живота (23; 30,7%), чем у нерожавших (15 [30%]; 16 [53,3%] и 11 [36,6%] соответственно), что приводило к ограничению активных движений, занятий спортом, выполнению физической нагрузки.

Следует указать, что нарушение сексуальной функции у рожавших (52; 69,3%) было в 2 раза чаще по отношению к нерожавшим (9; 30%) женщинам. На трудности в достижении оргазма указали 48 (64%) и восемь (26,6%) пациенток соответственно. Эстетическое состояние наружных гениталий беспокоило 81 (77,1%) пациентку, что отрицательно влияло на качество половой жизни.

Таким образом, женщина в активном репродуктивном возрасте, трудоспособная, по профессии служащая, имеющая высокую частоту вредных факторов, высокий инфекционный индекс в детском и подростковом возрасте, роды в анамнезе у каждой четвёртой, клинические проявления цистоцеле, нарушения сексуальной функции, трудности в достижении оргазма, отражает портрет пациентки репродуктивного периода жизни с пролапсом гениталий.

ДОПЛЕРОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Конева Е.С., докт. мед. наук, проф. кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации¹;
руководитель²;

Муравлев А.И., врач-гинеколог Центра гинекологии, репродуктивной и эстетической медицины³; аспирант кафедры восстановительной медицины и медицинской реабилитации с курсами сестринского дела, клинической психологии и педагогики⁴.

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова;

²Центр медицинской реабилитации АО ГК «Медси»;
³клиническая больница №1 АО ГК «Медси»;

⁴Центральная государственная медицинская академия
Управления делами Президента РФ.
E-mail: koneva.es@medsigroup.ru;
моб. тел.: +7 (910) 402 0765.

Исследование состояния регионарного кровотока в миометрии является одним из наиболее важных критериев в оценке эффективности применения физиотерапевтических программ реабилитации у женщин после миомэктомии. Использование комплексных методик показало наилучшие результаты на всех сроках наблюдения.

A study of the state of regional blood flow in the myometrium is one of the most important criteria in assessing the effectiveness of the use of physiotherapy rehabilitation programs in women after myomectomy. The use of complex techniques showed the best results at all periods of observation.

Состояние регионарного кровотока в миометрии играет важное значение как при проведении самого оперативного

вмешательства, так и, что особенно важно, после оперативного вмешательства, так как его нарушения могут стать причиной замедления регенерационных процессов и оказывать негативное влияние на полноценное заживление послеоперационной раны в раннем послеоперационном периоде и развитие возможных осложнений в более поздние сроки.

Учитывая данные литературы о том, что физиотерапевтические факторы могут оказывать вазопротекторное действие на сосуды малого таза, нормализуя их тонус и включая в систему кровообеспечения тканей органов малого таза резервных, ранее не функционировавших сосудов, для оценки влияния разработанных физиотерапевтических методов на коррекцию кровотока миометрия в области послеоперационного шва у пациенток после миомэктомии было проведено ультразвуковое исследование кровотока в области послеоперационного шва на 6–7-е сутки после операции и через 3 и 6 мес после курса лечения. Были изучены индекс резистентности, показатель систоло-диастолического отношения (СДО) и пульсационный индекс (PI), характеризующие сосудистое сопротивление в изучаемой области: у всех пациенток с миомой матки на 6–7-е сутки после операции отмечалось снижение всех изучаемых показателей кровотока в области послеоперационного шва.

В исследование было включено 105 пациенток, разделённых на три группы (по 35 человек в каждой). В первой группе через 2 дня после оперативного вмешательства проводилась общая магнитотерапия. Во вторую группу вошли 35 пациенток после миомэктомии, которым через 2 дня после оперативного вмешательства проводилась селективная импульсная электростимуляция токами низкой частоты. В контрольной группе также было 35 пациенток после миомэктомии, которым в раннем послеоперационном периоде не проводилось физиотерапевтических процедур.

Данные, полученные в результате исследования, дают основание полагать, что под воздействием общей магнитотерапии в сочетании с селективной импульсной электростимуляцией токами низкой частоты в большей степени, чем селективной импульсной электростимуляцией токами, применённой в качестве монотерапии в раннем послеоперационном периоде у пациенток после миомэктомии, происходит увеличение интенсивности кровоснабжения тканей в области малого таза за счёт увеличения скорости кровотока и их тонического напряжения, а также включения резервных сосудов, что способствует восстановлению маточного кровотока и ускорению репаративных процессов.

Литература

1. Бабкина А.В., Наумова Н.В., Арутюнова С.Л. Ультразвуковая оценка послеоперационного рубца при консервативной миомэктомии с наложением рассасывающегося шва из монофиламентного материала // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. — 2016. — №4–1. — С. 47–49.
2. Дугиева М.З. Роль физиотерапевтических технологий в повышении адаптивных возможностей организма у пациенток, оперированных по поводу миомы матки // *Физиотерапевт*. — 2014. — №5. — С. 17–22.
3. Ли К.Э. Применение импульсного низкочастотного электростатического поля в восстановительном лечении больных

- хроническим бактериальным простатитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009. — 24 с.
4. Стругацкий В.М., Маланова Т.Б., Арсланян К.Н. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога. — М., 2008. — 272 с.

СЕЛЕКТИВНАЯ ИМПУЛЬСНАЯ ЭЛЕКТРОТЕРАПИЯ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Конева Е.С., докт. мед. наук, проф. кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации¹;
руководитель²;

Муравлев А.И., врач-гинеколог Центра гинекологии, репродуктивной и эстетической медицины³; аспирант кафедры восстановительной медицины и медицинской реабилитации с курсами сестринского дела, клинической психологии и педагогики⁴.

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова;

²Центр медицинской реабилитации АО ГК «Медси»;

³клиническая больница №1 АО ГК «Медси»;

⁴Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ.

E-mail: koneva.es@medsigroup.ru;

моб. тел.: +7 (910) 402 0765.

Качество жизни пациенток, перенёвших операцию по удалению миомы матки, напрямую зависит от типа и объёма реабилитационных мероприятий, проводимых в ранний послеоперационный период. В данной статье мы привели результаты исследования двух различных реабилитационных программ в сравнении с послеоперационным периодом без физиотерапевтических процедур.

The quality of life of patients who had surgery to remove uterine fibroids directly depends on the type and amount of rehabilitation measures carried out in the early postoperative period. In this article, we presented the results of a study of two different rehabilitation programs in comparison with the postoperative period without physiotherapeutic procedures.

В последние годы всё большее внимание уделяется изучению качества жизни лиц, имеющих проблемы со здоровьем, особенно после оперативных вмешательств различного объёма, так как развитие осложнений и рецидивов заболевания оказывает значительное влияние на последующее качество их жизни. Это в полной мере относится к хирургическому лечению миомы, так как у пациенток после проведённых операций на органах малого таза, по мнению исследователей, нарушается полноценность их жизненного функционирования за счёт различной клинической симптоматики и развития послеоперационных осложнений, в частности хронической тазовой боли.

Для детализации интегральных характеристик качества жизни после оперативных вмешательств

у пациенток с миомой матки в многоцентровых нерандомизированных проспективных исследованиях были применены такие оценочные шкалы, как стандартизованный опросник Uterine Fibroid Symptom and Quality of Life questionnaire (UFS-QOL), который доказал свою высокую информативность, что послужило основанием применить опросник UFS-QOL в нашем исследовании для оценки особенностей влияния разработанных методов лечения на качество жизни пациенток в раннем послеоперационном периоде после миомэктомии.

В исследование было включено 105 пациенток, разделённых на три группы (по 35 человек в каждой). В первой группе через 2 дня после оперативного вмешательства проводилась общая магнитотерапия. Во вторую группу вошли 35 пациенток после миомэктомии, которым через 2 дня после оперативного вмешательства проводилась селективная импульсная электростимуляция токами низкой частоты. В контрольной группе также было 35 пациенток после миомэктомии, которым в раннем послеоперационном периоде не проводилось физиотерапевтических процедур.

Качество жизни (КЖ) у пациенток с миомой матки до и после миомэктомии оценивали с помощью стандартизованного опросника Uterine Fibroid Symptom and Quality of Life questionnaire (UFS-QOL) по показателям «тяжесть симптомов», «обеспокоенность», «активность», «энергия», «контроль», «самовосприятие», «половая функция» и «итоговый показатель HRQoL» и госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Исследования проводили на 6–7-е сутки после операции, через 3 и 6 мес в сравнении с нормой.

По результатам исследования был сделан вывод, что комплексное применение общей магнитотерапии в сочетании с селективной импульсной электростимуляцией токами низкой частоты в раннем послеоперационном периоде (со 2-го дня после оперативного вмешательства) в большей степени, чем моновоздействие селективной импульсной электростимуляции, способствует более значительному в сравнении со стандартным лечением улучшению качества жизни у пациенток после миомэктомии за счёт полного купирования основных синдромов, формирования выраженного анальгетического, вегето- и психокорригирующего эффектов, что подтверждалось данными опросника UFS-QOL и госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS и свидетельствует о патогенетической обоснованности их применения в раннем послеоперационном периоде.

Литература

1. Альяшева Г.А. Оптимизация послеоперационной реабилитации больных миомой матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Саранск, 2007. — 23 с.
2. Арсланян К.Н., Данилов А.Ю., Бобкова М.В. Ранняя восстановительная электроимпульсная терапия после гинекологических операций // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: материалы международного конгресса. — М., 2006. — С. 200–201.
3. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия: Учебник. — Изд. 3-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 1999. — 432 с.
4. Любарский М.С., Шевела А.И., Нимаев В.В., Еворская А.А. Лимфотеннозные взаимоотношения при применении электростимулирующей терапии на аппарате «Lymphavision» в лечении пациентов с патологией сосудов конечностей // Бюлл. СО РАМН. — 2001. — №4. — С. 113–116.

11-13 ФЕВРАЛЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

VII Общероссийская конференция
с международным участием
«**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА:
ОТ ПРЕГНАВИДАРНОЙ
ПОДГОТОВКИ К ЗДОРОВОМУ
МАТЕРИНСТВУ И ДЕТСТВУ**»
Отель «Санкт-Петербург»



КОНГРЕССЫ И СЕМИНАРЫ

ДЛЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

2021

4-7 СЕНТЯБРЯ СОЧИ

XV Общероссийский
научно-практический семинар
«**РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ
РОССИИ: ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ**»
XII Всероссийская научно-практическая
конференция и выставка
«**ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА**»
Зимний театр
и гранд-отель «Жемчужина»

18-20 МАРТА МОСКВА



VI Общероссийский семинар
«**РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ
РОССИИ: ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ.
ВЕСЕННИЕ ЧТЕНИЯ**»
Гостиница «Рэдиссон Славянская»

ФЕВРАЛЬ				МАРТ						
Пн	1	8	15	22	Пн	1	8	15	22	29
Вт	2	9	16	23	Вт	2	9	16	23	30
Ср	3	10	17	24	Ср	3	10	17	24	31
Чт	4	11	18	25	Чт	4	11	18	25	
Пт	5	12	19	26	Пт	5	12	19	26	
Сб	6	13	20	27	Сб	6	13	20	27	
Вс	7	14	21	28	Вс	7	14	21	28	

АПРЕЛЬ				МАЙ						
Пн	5	12	19	26	Пн	3	10	17	24	31
Вт	6	13	20	27	Вт	4	11	18	25	
Ср	7	14	21	28	Ср	5	12	19	26	
Чт	1	8	15	22	29	Чт	6	13	20	27
Пт	2	9	16	23	30	Пт	7	14	21	28
Сб	3	10	17	24	Сб	1	8	15	22	29
Вс	4	11	18	25	Вс	2	9	16	23	30

15-16 ОКТЯБРЯ РОСТОВ-НА-ДОНУ

IV Общероссийский
научно-практический семинар
«**РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ
РОССИИ: ДОНСКИЕ СЕЗОНЫ**»
Конгресс-центр Don-Plaza



15-17 АПРЕЛЯ ЕКАТЕРИНБУРГ

V Общероссийский
научно-практический семинар
«**РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ
РОССИИ: УРАЛЬСКИЕ ЧТЕНИЯ**»
Центр международной торговли

СЕНТЯБРЬ				ОКТЯБРЬ						
Пн	6	13	20	27	Пн	4	11	18	25	
Вт	7	14	21	28	Вт	5	12	19	26	
Ср	1	8	15	22	29	Ср	6	13	20	27
Чт	2	9	16	23	30	Чт	7	14	21	28
Пт	3	10	17	24	Пт	1	8	15	22	29
Сб	4	11	18	25	Сб	2	9	16	23	30
Вс	5	12	19	26	Вс	3	10	17	24	31

НОЯБРЬ					
Пн	1	8	15	22	29
Вт	2	9	16	23	30
Ср	3	10	17	24	
Чт	4	11	18	25	
Пт	5	12	19	26	
Сб	6	13	20	27	
Вс	7	14	21	28	



Даты и места проведения уточняйте
на сайте praesens.ru

5-6 НОЯБРЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

III Общероссийская
научно-практическая
конференция
для акушеров-гинекологов
«**ОТТОВСКИЕ ЧТЕНИЯ**»
Отель «Санкт-Петербург»



20-22 МАЯ МОСКВА

VIII Общероссийский конгресс
с международным участием
«**РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ:
ОТ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ
К ЗДОРОВОМУ МАТЕРИНСТВУ
И ДЕТСТВУ**»
«AZIMUT Отель Олимпик Москва»



18-20 НОЯБРЯ МОСКВА

V Общероссийская конференция
«**ИНФЕКЦИИ И ИНФЕКЦИОННЫЙ
КОНТРОЛЬ В АКУШЕРСТВЕ
И ГИНЕКОЛОГИИ**»
Гостиница «Рэдиссон Славянская»



+7 (499) 346 3902 [stpraesens](https://www.facebook.com/stpraesens)
 info@praesens.ru [praesens](https://vk.com/praesens)
 praesens.ru [statuspraesens](https://www.instagram.com/statuspraesens)

StatusPraesens
profimedia

MAPC

spnavigator

РУДН

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В БЕЗОПЕРАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ ПРОЛАПСЕ ГЕНИТАЛИЙ

Корчажкина Н.Б., докт. мед. наук, проф.,
руководитель научно-образовательного центра¹;
проф. кафедры восстановительной медицины
и биомедицинских технологий²;

Колгаева Д.И., врач-гинеколог Центра гинекологии,
онкологии, репродуктивной и эстетической
медицины³; аспирант кафедры восстановительной
медицины и медицинской реабилитации с курсами
сестринского дела, клинической психологии
и педагогики⁴; ассистент кафедры репродуктивной
и эстетической медицины, биомедицинских технологий
с курсом эмбриологии³.

¹Российский научный центр хирургии
им. акад. Б.В. Петровского;

²Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова;

³клиническая больница №1 АО ГК «Медси»;

⁴Центральная государственная медицинская академия
Управления делами Президента РФ.
E-mail: n9857678103@gmail.com;
моб. тел.: +7 (985) 7678103.

В исследовании представлены результаты применения метода высокоинтенсивной сфокусированной электромагнитной терапии в комплексном лечении пролапса гениталий и стрессового недержания мочи у женщин.

The article presents data on assessing the impact of complex application of pulsating low-frequency alternating electric and high-intensity focused electromagnetic fields and mono-effects of high-intensity focused electromagnetic fields on the quality of life of patients with stress urinary incontinence.

Цель исследования — изучить и научно обосновать применение метода высокоинтенсивной сфокусированной электромагнитной терапии в комплексном лечении пролапса гениталий и стрессового недержания мочи у женщин.

Задача исследования — изучить влияние высокоинтенсивной сфокусированной электромагнитной терапии на проявления недержания мочи по оценке способности удержания мочи (по количеству использованных абсорбирующих прокладок) и качество жизни по данным вопросника Международного консилиума по недержанию мочи (ICIQ-SF) у женщин со стрессовым недержанием мочи и пролапсом гениталий. В исследование были включены 40 женщин, средний возраст которых составил 53,6±4,8 года, со стрессовым недержанием мочи и опущением стенок влагалища (длительность заболевания составила 5,6±1,1 года), которые были разделены на две сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы. Основную группу составили 20 пациенток, которым был проведён курс

ВИФЭМ-терапии, состоявший из шести-семи процедур (проводились 2–3 раза в неделю, продолжительность каждой процедуры составляла 28 мин). Контрольную — 20 пациенток, которым проводился курс упражнений по Кегелю ежедневно (на курс 20 занятий). В результате проведённого исследования было показано, что высокоинтенсивная сфокусированная электромагнитная терапия обладает выраженным миостимулирующим эффектом на мышцы тазового дна у женщин с опущением стенок влагалища и стрессовым недержанием мочи, что способствует усилению контроля над удержанием мочи, значительному уменьшению и даже полному исчезновению симптомов недержания мочи, повышению психоэмоционального фона и качества жизни в целом, что подтверждалось тестом определения количества использованных абсорбирующих прокладок и данными вопросника по недержанию мочи (ICIQ-SF).

Литература

1. Аполихина И.А. Клиническая эпидемиология, дифференциальная диагностика и консервативное лечение недержания мочи у женщин: Дис. ... докт. мед. наук. — М., 2006. — С. 323.
2. Балан В.Е. Современные подходы к ведению и лечению женщин с расстройствами мочеиспускания (по материалам пресс-конференции) // Акушерство и гинекология. — 2006. — №5. — С. 65–67.
3. Брэдишоу Х.Д., Баркер А.Т., Рэдли С.К., Чейл К.Р. Воздействие магнитной стимуляции тазового дна на непроизвольную активность детрузора при естественном наполнении и симптомах гиперактивности мочевого пузыря // *British J. Urol.* — 2003. — Vol. 91. — №9. — P. 810–813.
4. Лоран О.Б. Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика недержания мочи // *Материалы пленума правления Рос. общества урологов.* — Ярославль, 2001. — С. 21–41.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ПАЦИЕНТОК С ОПУЩЕНИЕМ СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА И НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Корчажкина Н.Б., докт. мед. наук, проф.,
руководитель научно-образовательного центра¹;
проф. кафедры восстановительной медицины
и биомедицинских технологий²;

Колгаева Д.И., врач-гинеколог Центра гинекологии,
онкологии, репродуктивной и эстетической медицины³;
аспирант кафедры восстановительной медицины
и медицинской реабилитации с курсами сестринского
дела, клинической психологии

и педагогики⁴; ассистент кафедры репродуктивной и эстетической медицины, биомедицинских технологий с курсом эмбриологии³.

¹Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского;

²Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова;

³клиническая больница №1 АО ГК «Медси»;

⁴Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ.
E-mail: n9857678103@gmail.com;
моб. тел.: +7 (985) 7678103.

В исследовании представлены данные оценки влияния комплексного применения пульсирующего и высокочастотного переменного электрического и высокочастотного сфокусированного электромагнитного полей и моноэффектов высокочастотным сфокусированным электромагнитным полем на качество жизни пациенток с дисфункцией мышц тазового дна по данным перинеометрии.

The study presents data on the impact of the integrated use of a pulsating low-frequency alternating electric and high-intensity focused electromagnetic field and mono-effects by a high-intensity focused electromagnetic field on the quality of life of patients with pelvic floor dysfunction according to perineometry.

В исследовании участвовали 105 женщин в период менопаузы и постменопаузы (в возрасте от 46 до 62 лет), средний возраст которых составил $55,1 \pm 4,4$ года, со стрессовым недержанием лёгкой и средней степени тяжести, длительность заболевания у которых составила $5,8 \pm 2,5$ года. Пациентки были разделены на три сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы. В основную группу вошли 35 пациенток со стрессовым недержанием мочи и опущением стенок влагалища, которым проводили комплексное лечение, включающее ВИФЭМ-терапию 3 раза в неделю (на курс шесть-семь процедур продолжительностью 20 мин) и электростатический массаж пульсирующим низкочастотным переменным электрическим полем (на курс 8–10 ежедневных процедур). Группу сравнения составили 35 пациенток со стрессовым недержанием мочи и опущением стенок влагалища, которым проводили ВИФЭМ-терапию 3 раза в неделю (на курс шесть-семь процедур продолжительностью 20 мин). Контрольную — 35 пациенток, которым проводили консервативное лечение, программу тренировки мочевого пузыря (упражнения Кегеля) ежедневно (на курс 20 занятий), поведенческую терапию, служившие фоном для основной группы и группы сравнения. После курса лечения наиболее значимые результаты были получены в основной группе, в подгруппе 1, в которой под влиянием курса комплексного применения пульсирующего низкочастотного переменного электрического и высокочастотного сфокусированного электромагнитного полей изучаемый показатель повысился на 64% по сравнению с исходными величинами и составил $5,9 \pm 0,2$ см вод.ст. по сравнению с $3,6 \pm 0,2$ см вод.ст. в исходе ($p < 0,01$) (рис. 13), в то время как в подгруппе 2 показатель увеличился лишь на 22% и составил $1,7 \pm 0,2$ см вод.ст. по сравнению с $1,37 \pm 0,2$ см

вод.ст. в исходе ($p > 0,05$), что было расценено как положительная тенденция.

В результате проведённого исследования было показано, что включение в лечебную программу комплекса, состоящего из пульсирующего низкочастотного переменного электрического и высокочастотного сфокусированного электромагнитного полей, в большей степени, чем моноэффекты высокочастотным сфокусированным электромагнитным полем, способствует у пациенток со стрессовой инконтиненцией значимому улучшению качества жизни, что подтверждается данными перинеометрии.

Литература

1. Балан В.Е. Современные подходы к ведению и лечению женщин с расстройствами мочеиспускания (по материалам пресс-конференции) // Акушерство и гинекология. — 2006. — №5. — С. 65–67.
2. Брэдишоу Х.Д., Баркер А.Т., Рэдди С.К., Чейл К.Р. Воздействие магнитной стимуляции тазового дна на произвольную активность детрузора при естественном наполнении и симптомах гиперактивности мочевого пузыря // British. J. Urol. — 2003. — Vol. 91. — №9. — P. 810–813.
3. Вишневецкий Е.Л. Клиническая оценка расстройств мочеиспускания. — М.: Терра, 2001. — 96 с.
4. Чанди Д.Д., Гренендийк П.М., Венема П.Л. Функциональная экстракорпоральная магнитная стимуляция в лечении недержания мочи у женщин: кресло // British. J. Urol. — 2004. — Vol. 93. — №4. — P. 539–542.

ПУТИ К БЕРЕМЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ И НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Краснопольская К.В., докт. мед. наук, проф., член-корр. РАН, руководитель отделения репродуктологии¹;

Новикова О.В., докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии²;

Рау Д.И., аспирант отделения репродуктологии¹.

¹Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии;

²Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского.
E-mail: kkv222@mail.ru;
моб. тел.: +7 (985) 7695494.

Ретро- и проспективный анализ программ ЭКО у пациенток после консервативного лечения атипической гиперплазии и начального рака эндометрия. Собранный фактический материал показывает, что вопрос достижения беременности в программах ВРТ для пациенток после гормонотерапии атипической гиперплазии и начального

рака эндометрия является наиболее актуальным, в особенности для пациенток старшего и позднего репродуктивного возраста.

Retro and prospective analysis of IVF programs in female patients after conservative treatment of atypical hyperplasia and primary endometrial cancer. These data obviously demonstrate that the issue of achieving pregnancy in IVF programs for patients after hormone therapy for atypical hyperplasia and primary endometrial cancer is the most relevant, in particular for patients of older and late reproductive age.

Рак тела матки является второй по частоте после рака шейки матки злокачественной опухолью женских половых органов, а средний возраст заболевших раком тела матки в России составляет 62,6 года. На долю женского населения репродуктивного возраста приходится 5,2% пациенток с данным диагнозом, что соответствует более 1300 женщин в год. Учитывая тенденцию к отсроченному деторождению, возрастает число женщин, у которых рак тела матки диагностируется раньше, чем наступает первая беременность. В связи с этим встаёт вопрос консервативного метода лечения рака эндометрия (РЭ) и дальнейшей реализации репродуктивной функции у этого контингента пациенток. Атипичная гиперплазия эндометрия (АГЭ) представляет собой истинный предрак тела матки, частота её прогрессирования в рак эндометрия составляет 29%. В связи со схожестью течения и высокой частотой прогрессирования атипичской гиперплазии в рак эндометрия выработаны единые подходы к консервативной терапии обоих заболеваний у пациенток репродуктивного возраста. С середины 1970-х гг. с целью лечения атипичской гиперплазии эндометрия и начального рака эндометрия применяется самостоятельная гормонотерапия, позволяющая достичь высокого процента излеченности, который составляет 91% для АГЭ и 78% для РЭ, а учитывая большую когорту женщин молодого возраста, особенно в сочетании с бесплодием, вопрос о реализации их репродуктивной функции, безусловно, является актуальным.

Цель исследования — определение тактики достижения беременности у пациенток после консервативного лечения атипичской гиперплазии и начального рака эндометрия. В соответствии с целью исследования был проведён проспективный анализ программ ЭКО у пациенток после консервативного лечения атипичской гиперплазии и начального рака эндометрия. У всех этих женщин (n=230) имелось заключение онколога-гинеколога об отсутствии противопоказаний к беременности, в том числе о возможности реализации репродуктивной функции в программах ВРТ, а также отсутствовали противопоказания к проведению программы ЭКО, обусловленные тяжёлыми экстрагенитальными заболеваниями или злокачественными новообразованиями другой локализации. В процессе выполнения работы изучали возрастную структуру пациенток с АГЭ и РЭ, состояние овариального резерва по данным УЗИ и гормонального статуса, частоту наступления беременности на стимулированный цикл, частоту наступления беременности на перенос эмбрионов, кумулятивную частоту наступления беременности. При изучении возрастной структуры было выявлено, что 46% пациенток — женщины молодого репродуктивного возраста младше 35 лет, при этом 24% из них планируют беременность естественным путём.

Учитывая высокие риски рецидивирования, молодой возраст пациенток, желание реализовать свою репродуктивную функцию, ограниченное время ожидания спонтанной беременности, данной группе пациенток было сразу рекомендовано проведение исследований, позволяющих оценить состояние маточных труб и их проходимость. При оценке результатов проверки проходимости маточных труб у данной группы пациенток у 40% был диагностирован трубно-перитонеальный фактор бесплодия, что требует дальнейшего достижения беременности в программе ВРТ. На долю женщин старшего и позднего репродуктивного возраста приходится 54% пациенток. Проведя анализ состояния овариального резерва, уровня АМГ и гормонального статуса, можно сделать вывод, что данная когорта пациенток аналогична пациенткам с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, то есть в целом возможно достижение беременности в программе ВРТ.

Кумулятивная частота наступления беременности (в программах ЭКО, ЭКО-крио) на пациентку с АГЭ и РЭ в возрастной группе пациенток меньше 35 лет составила 75%, а в группе от 35 до 40 лет — 66%. При оценке частоты отмен ПЭ из-за нарушений оогенеза и раннего эмбриогенеза у женщин моложе 40 лет отмечалась фактически одинаковая встречаемость таких случаев как у пациенток после консервативного лечения АГЭ и РЭ, так и у пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, что позволяет сделать вывод о том, что проведение гормонотерапии не влияет на качество ооцитов и эмбрионов. При анализе эмбриологического этапа у пациенток с АГЭ и РЭ и пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия достоверных различий по проценту оплодотворения, выходу бластоцист получено не было.

Собранный фактический материал показывает, что вопрос достижения беременности в программах ВРТ для пациенток после гормонотерапии атипичской гиперплазии и начального рака эндометрия является крайне актуальным, в особенности для пациенток старшего и позднего репродуктивного возраста. Данную группу пациенток следует вести аналогично пациенткам с трубно-перитонеальным фактором бесплодия. Программы ЭКО могут быть проведены исключительно после получения заключения онкогинеколога о том, что беременность не противопоказана.

Литература

1. Kalogera E., Dowdy S.C., Bakkum-Gamez J.N. Preserving fertility in young patients with endometrial cancer: current perspectives // *Int. J. Womens Health.* — 2014. — Vol. 6. — P. 691–701.
2. Park J.Y., Seong S.J., Kim T.J. et al. Pregnancy outcomes after fertility-sparing management in young women with early endometrial cancer // *Obstet. Gynecol.* — 2013. — Vol. 121. — P. 136–142.
3. Gallos I.D., Yap J., Rajkhowa M. et al. Regression, relapse, and live birth rates with fertility-sparing therapy for endometrial cancer and atypical complex endometrial hyperplasia: a systematic review and metaanalysis // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2012. — Vol. 207. — P. 266: e1–12.
4. Новикова О.В., Авазова Ч.А., Новикова Е.Г. и др. Новый вариант гормонального лечения атипичской гиперплазии и начального рака эндометрия с сохранением фертильности // *Онкогинекология.* — 2019. — №1. — С. 36–45.

Формат проведения онлайн

CONNEXIO
— congress space by StatusPraesens —

**VI МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ОНЛАЙН-ФОРУМ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**
15–17 ОКТЯБРЯ 2020 ГОДА

**ШЕЙКА МАТКИ
И ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ.
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ
ГИНЕКОЛОГИЯ**



РУДН



МАРС

StatusPraesens
profmedia



spnavigator

 +7 (499) 346 3902

 ova@praesens.ru

 praesens.ru

 stpraesens

 praesens

 statuspraesens

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ В КРОВИ АНТИМЮЛЛЕРОВА ГОРМОНА ПРИ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ БЕСПЛОДИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО СО СНИЖЕНИЕМ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА

Линде В.А., докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.

E-mail: vik-linde@yandex.ru; моб. тел.: +7 (911) 709 2418.

Основными скрининговыми тестами для оценки уровня овариального резерва являются базальный уровень ФСГ и уровень АМГ. Обследовано и пролечено 17 женщин со сниженным АМГ, желанием иметь беременность и не участвующих в программах ВРТ. В лечении использовали иглорефлексотерапию. В результате лечения уровень АМГ статистически достоверно увеличился. У 35,3% пациенток по окончании лечения наступила беременность.

The main screening tests for assessing the level of ovarian reserve are basal FSH and AMH levels. 17 women with reduced AMH, desire to have a pregnancy, and not included in art programs were examined and treated. Acupuncture was used in the treatment. As a result of treatment, the level of AMH increased statistically significantly. 35.3% of patients became pregnant at the end of treatment.

В соответствии с рекомендациями Американской коллегии акушеров-гинекологов наиболее подходящими скрининговыми тестами для оценки уровня овариального резерва (ОР) считаются базальный уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и уровень антимюллера гормона (АМГ). Уровень секреции АМГ, по всей видимости, определяет число фолликулов на стадии роста от преантральной до антральной. Доказано, что нарушение фолликулярного микроокружения влияет на стероидогенез, метаболические процессы, провоцирует воспалительную реакцию и также может изменять уровень секреции АМГ.

Целью данной работы было изучить динамику АМГ при коррекции ановуляторных менструальных циклов у пациенток с бесплодием на фоне снижения ОР. Всего было обследовано и пролечено 17 женщин. Возраст пациенток колебался от 26 до 44 лет. Средний возраст составил 34,9±5,2 года. Исходный уровень АМГ у пациенток колебался в пределах от 0,38 до 0,68 нг/мл, в среднем он составил 0,56±0,10 нг/мл. Исходный уровень ФСГ колебался в пределах от 8,63 до 14,1 мМЕд/мл, в среднем составил 011,43±1,76 мМЕд/мл. В качестве метода лечения выбрали иглорефлексотерапию. Акупунктурные точки, корпоральные и аурикулярные, а также методы воздействия на них подбирали согласно классическим и современным рекомендациям. Наиболее часто воздействие проводили на

точки каналов почек, перикарда, жень-май, чжун-май, желудка, мочевого пузыря и трёх обогревателей, а также аурикулярные точки АТ 12, АТ 13, АТ 23, АТ 32 и АТ 55. Курс рефлексотерапии начинали на 3–4-й день менструального цикла (МЦ), пять сеансов проводили через день в первую фазу МЦ, ещё два сеанса — во вторую фазу МЦ, ориентировочно на 20-й и 22-й день. После курса иглорефлексотерапии уровень АМГ статистически достоверно увеличился с 0,56±0,10 до 1,04±0,14 нг/мл ($p < 0,009$). При этом снижение уровня ФСГ было статистически недостоверным, но тенденция была выраженной: 11,43±1,76 мМЕд/мл до и 8,70±1,04 мМЕд/мл после курса лечения. У шести пациенток (35,3%) в процессе или по окончании лечения наступила беременность. Две пациентки родили живых доношенных детей, у остальных беременность прогрессирует без значимых осложнений. Таким образом, уровень АМГ характеризует в первую очередь активность фолликулогенеза в данном менструальном цикле. Однократное снижение АМГ не может рассматриваться как достаточное для окончательного суждения об ОР. В определённых ситуациях уровень АМГ может возрастать. Возрастание уровня АМГ ассоциировано с увеличиваем вероятности наступления беременности. Иглорефлексотерапия может рассматриваться как метод лечения бесплодия на фоне сниженного АМГ.

Литература

1. Назаренко Т.А. Стимуляция функции яичников. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 272 с.
2. Боярский К.Ю., Гайдуков С.Н. // Журнал акушерства и женских болезней. — 2009. — Т. 58. — №3. — С. 74–83.
3. Vincentelli C., Maraninchi M., Valéro R. et al. // J. As. Reprod. Gen. — 2018. — Vol. 35. — №7. — P. 1317–1324.
4. Robker R.L., Akison L.K., Bennett B.D. et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2009. — Vol. 94. — №5. — P. 1533–1540.

ВЛИЯНИЕ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ НА МАТОЧНЫЙ КРОВОТОК У ПАЦИЕНТОК С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Лядов К.В., докт. мед. наук, акад. РАН, проф. кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации¹;

Жуманова Е.Н., канд. мед. наук, руководитель Центра гинекологии, онкологии, репродуктивной и эстетической медицины²; доц. кафедры восстановительной медицины и медицинской реабилитации с курсами сестринского дела, клинической психологии и педагогики³; зав. кафедрой репродуктивной и эстетической медицины, биомедицинских технологий с курсом эмбриологии⁴.

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова;

²клиническая больница №1 АО ГК «Медси»;

³Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ;

⁴Медицинская академия АО ГК «Медси».

E-mail: klyadov@mail.ru;
моб. тел.: +7 (985) 760 7085.

В статье представлены данные лечения 200 женщин детородного, пери- и менопаузального возраста с ректоцеле II–III степени и 20 практически здоровых женщин сопоставимого возраста. В результате проведённых исследований установлено, что независимо от возраста и степени выраженности нарушений маточного кровотока по маточным артериям у пациенток с ректоцеле наиболее выраженная динамика отмечалась у больных основной группы, которым проводили курс общей магнитотерапии в раннем послеоперационном периоде.

The article presents data on the treatment of 200 women of childbearing, peri – and menopausal age with rectocele of II–III degree, and 20 practically healthy women of comparable age. As a result of researches it is established that regardless of age and severity of disorders of uterine blood flow in the uterine arteries in patients with rectocele, the most pronounced dynamics was observed in study group patients who underwent a course of General magnetotherapy in the early (1 day) postoperative period.

Одной из причин нарушения кровообращения органов малого таза, в частности кровотока в маточных артериях матки при ректоцеле, является изменение анатомической конгруэнтности матки и прямой кишки. За счёт диссинергии тазовых мышц и выпячивания происходит смещение слоёв матки и сдавление и травмирование питающих её сосудов и капилляров, что приводит к недостатку кровотока, и вследствие слабого кровообращения матки развивается ухудшение питания и недостаточность эндометрия.

До настоящего времени основной акцент при назначении физиотерапевтических факторов в гинекологии делался на лечении и профилактике обострений хронических заболеваний матки и придатков. И практически нет данных о применении реабилитационных немедикаментозных технологий для коррекции сосудистых нарушений в послеоперационном периоде, в частности, при ректоцеле и недержании мочи, хотя именно ишемизация матки приводит к развитию негативной симптоматики (сухость и боль во влагалище, диспареуния и прочие), которая в конечном итоге приводит к изменению психологического состояния больных в виде социальной изоляции, возникновения депрессивных состояний и сексуальной дисфункции.

В статье представлены данные лечения 200 женщин детородного, пери- и менопаузального возраста с ректоцеле II–III степени и 20 практически здоровых женщин сопоставимого возраста, результаты обследования которых принимались за значения «нормы». Все больные были разделены на четыре сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы — основную, сравнения 1, сравнения 2 и контрольную — по 50 больных, которым после оперативного лечения цистоцеле и ректоцеле в позднем послеоперационном периоде применялись реабилитационные программы, симптоматическая терапия, включающая в разных сочетаниях курс общей магнитотерапии и электромиостимуляции с биологической связью мышц тазового дна,

процедуры внутривлагалищной фракционной микроаблативной терапии СО₂-лазером и специальный комплекс лечебной физкультуры. В результате проведённых исследований установлено, что независимо от возраста и степени выраженности нарушений маточного кровотока по маточным артериям у пациенток с цистоцеле и ректоцеле наиболее выраженная динамика отмечалась у больных основной группы, которым проводили курс общей магнитотерапии в раннем (с 1-х суток) послеоперационном периоде и комплекс мероприятий в позднем послеоперационном периоде (через месяц после операции), состоящий из двух внутривлагалищных процедур фракционной микроаблативной терапии углекислотным лазером, курса электромиостимуляции с биологической связью мышц тазового дна и специального комплекса лечебной физкультуры, что, на наш взгляд, связано прежде всего с вазоактивными эффектами общей, магнитотерапии, проявляющимися в переходе от резистивного к магистральному характеру гемодинамики за счёт снятия спазма с артерий и артериол, улучшения сократительной способности вен и увеличения венозного оттока, что в сочетании с электростимуляцией и упражнениями для укрепления мышц тазового дна и фракционной микроаблативной терапией позволило получить такой выраженный вазокорректирующий эффект за счёт патогенетического влияния разработанного комплекса на один из основных механизмов развития заболевания.

Литература

1. Епифанов В.А., Корчажкина Н.Б. Медицинская реабилитация в акушерстве и гинекологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 504 с.
2. Куликов А.Г., Сергеева Г.М. Клиническое применение общей магнитотерапии // Национальный вестник физиотерапии. — 2009. — №2. — С. 20–21.
3. Курдина М.И., Макаренко Л.А., Маркина Н.Ю. Ультразвуковая диагностика в дерматологии // Рос. журн. кожных и венерических болезней. — 2009. — №4. — С. 11–15.
4. Макрушина Н.В., Фастыковская Е.Д. Ультразвуковая диагностика недостаточности мышц тазового дна у женщин // Сибирский медицинский журнал. — 2012. — №3 (27). — С. 91–96.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ФОРМИРОВАНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ

Лядов К.В., докт. мед. наук, акад. РАН, проф. кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации¹;
Жуманова Е.Н., канд. мед. наук; руководитель Центра гинекологии, онкологии, репродуктивной и эстетической медицины²; доц. кафедры восстановительной медицины и медицинской реабилитации с курсами сестринского дела, клинической психологии и педагогики³; зав. кафедрой

репродуктивной и эстетической медицины,
биомедицинских технологий с курсом эмбриологии⁴.

¹Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова;

²клиническая больница №1 АО ГК «Медси»;

³Центральная государственная медицинская
академия Управления делами

Президента РФ;

⁴Медицинская академия АО ГК «Медси».

E-mail: klyadov@mail.ru; моб. тел.: +7 (985) 760 7085.

Пациенткам после оперативного лечения ректоцеле в позднем послеоперационном периоде для полноценного формирования послеоперационного рубца применялись реабилитационные программы. В результате проведённых исследований установлено, что при комплексном применении общей магнитотерапии, фракционной микроаблятивной терапии CO₂-лазером формируется выраженный трофостимулирующий эффект, в большей степени у пациенток перименопаузального возраста.

Patients after surgical treatment of rectocele, in the late postoperative period for the full formation used rehabilitation programs. As a result of the research, it was found that when combined with General magnetotherapy, fractional microablative CO₂ laser therapy, electromyostimulation with biological connection of the pelvic floor muscles, and a special complex of physical therapy in patients after plastic surgery for rectocele, a pronounced trophostimulating effect is formed.

Любое оперативное вмешательство заканчивается наложением швов, и от того, как пройдёт заживление, зачастую зависит исход операции, в связи с чем важное значение в раннем и позднем послеоперационном периоде имеет репаративный потенциал организма, так как при замедлении регенерационных процессов возможно неполноценное и длительное заживление послеоперационной раны.

Поэтому целью исследования явились разработка и научное обоснование оптимизированных комплексных программ, включающих общую магнитотерапию, фракционную микроаблятивную терапию CO₂-лазером, электромиостимуляцию с биологической связью мышц тазового дна и специальный комплекс ЛФК у пациенток разных возрастных групп после реконструктивно-пластических операций по поводу ректоцеле для формирования полноценного послеоперационного рубца.

Для выполнения поставленной цели и решения задач были проведены исследования 160 женщин в возрасте от 31 до 79 лет с ректоцеле II–III степени после оперативного лечения.

При визуальном изучении рубца через месяц после операции и перед началом физиотерапевтического лечения было отмечено, что в большинстве случаев (75%) у пациенток наблюдался послеоперационный гипертрофический рубец длиной 1,5–2 см, шириной 1,0–1,5 см, который возвышался над поверхностью кожи на 2–2,5 мм, имел плотную консистенцию, и при пальпации пациентки отмечали умеренную болезненность. Далее нами были изучены наиболее информативные показатели, характеризующие процесс образования рубца: толщина рубца; возвышение рубца и смещаемость рубца у пациенток детородного возраста (подгруппа А) и перименопаузального

возраста (подгруппа Б) в разные сроки после пластической операции по поводу ректоцеле под влиянием различных методов лечения.

Через 3 мес после окончания лечения наиболее выраженные результаты у пациенток как детородного возраста, так и перименопаузального возраста были получены у больных основной группы. Толщина рубца у пациенток подгруппы А снизилась на 37% и составила 1210,5±76,0 по сравнению с 1663,2±96,2 мкм до лечения (p<0,05), а в подгруппе Б на 58% и составила 842,9±56,1 по сравнению с 1334,3±71,1 до лечения (p<0,01).

Таким образом, при комплексном применении общей магнитотерапии, фракционной микроаблятивной терапии CO₂-лазером, электромиостимуляции с биологической связью мышц тазового дна и специального комплекса ЛФК у пациенток после пластической операции по поводу ректоцеле формируется выраженный трофостимулирующий эффект, в большей степени у пациенток перименопаузального возраста, что особенно важно, так как у них на фоне возрастной гипострофии в перименопаузе и постменопаузе отмечается выраженная атрофия, что способствует полноценному формированию послеоперационного рубца за счёт улучшения микроциркуляции и утолщения слоёв дермы, а также слизистой, эндометрия, подслизистого слоя и соединительной ткани, что подтверждается данными ультразвукового сканирования.

Литература

1. Безуглый А.П., Бикбулатова Н.Н., Шугина Е.А. и др. Ультразвуковое исследование кожи в практике врача-косметолога // *Вестн. дерматологии и венерологии*. — 2011. — №3. — С. 142–152.
2. Епифанов В.А., Корчажкина Н.Б. Медицинская реабилитация в акушерстве и гинекологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 504 с.
3. Круглова Л.С., Котенко К.В., Корчажкина Н.Б., Турбовская С.Н. Физиотерапия в дерматологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 303 с.
4. Курдина М.И., Макаренко Л.А., Маркина Н.Ю. Ультразвуковая диагностика в дерматологии // *Рос. журн. кожных и венерических болезней*. — 2009. — №4. — С. 11–15.
5. Талыбова А.П., Стенько А.Г., Корчажкина Н.Б. Инновационные физиотерапевтические технологии в лечении комбинированных рубцовых изменений кожи // *Физиотерапевт*. — 2017. — №1. — С. 47–55.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ И КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ

Муравлёв А.И., врач-гинеколог Центра гинекологии, репродуктивной и эстетической медицины¹; аспирант кафедры восстановительной медицины и медицинской реабилитации с курсами сестринского дела, клинической психологии и педагогики²;

Корчажкина Н.Б., докт. мед. наук, проф.,
руководитель научно-образовательного центра³;
проф. кафедры восстановительной медицины
и биомедицинских технологий⁴.

¹Клиническая больница №1 АО ГК «Медси»;

²Центральная государственная медицинская академия
Управления делами Президента РФ;

³Российский научный центр хирургии
им. акад. Б.В. Петровского;

⁴Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова.

E-mail: alexey1790@rambler.ru;

моб. тел.: +7 (916) 3631808.

В этой статье произведён анализ результатов применения различных физиотерапевтических методик в послеоперационной реабилитации женщин, перенёвших миомэктомию. Оценивалась степень психоэмоциональных нарушений до операции и в различные периоды после миомэктомии. Полученные результаты показывают, что наиболее эффективно применение комплексных программ.

This article analyzes the results of applying various physiotherapeutic techniques in the postoperative rehabilitation of women who underwent myomectomy. The degree of psycho-emotional disorders before the operation and at different periods after myomectomy was assessed. The results obtained show that the most effective use of integrated programs.

Изучение степени выраженности психоэмоциональных нарушений у больных миомой матки является очень актуальным. Оперативное вмешательство, особенно на органах малого таза, всегда является для пациенток стрессовой ситуацией, которая, безусловно, оказывает выраженное влияние на их психоэмоциональный статус. Результаты проведённых ранее исследований показали, что у 2/3 больных миомой матки имеются особенности психоэмоционального статуса и патологические изменения личности, в большей степени по невротическому типу, что зачастую сопровождается депрессией, психастенией и повышенным вниманием к себе с предъявлением массы различных жалоб. В связи с этим нами были изучены его показатели на 2-е сутки после оперативного вмешательства и в сроки после пяти процедур и после курса лечения. При этом мы учитывали жалобы, которые отмечались до начала оперативного вмешательства, и жалобы, связанные непосредственно с оперативным вмешательством.

В исследовании было включено 105 пациенток, разделённых на три группы (по 35 человек в каждой): в первой группе через 2 дня после оперативного вмешательства проводилась общая магнитотерапия. Во вторую группу вошли 35 пациенток после миомэктомии, которым через 2 дня после оперативного вмешательства проводилась селективная импульсная электростимуляция токами низкой частоты; в контрольной группе также было 35 пациенток после миомэктомии, которым в раннем послеоперационном периоде не проводилось физиотерапевтических процедур.

При анализе данных после курса лечения наиболее выраженные результаты были получены у пациенток основной группы, где у подавляющего большинства больных наблюдалось полное купирование всех пред-

являемых жалоб и лишь в 8,6% случаев отмечались снижение работоспособности, утомляемость, рассеянность и ослабление памяти, а раздражительность, плаксивость и лабильность настроения были констатированы лишь у 5,7%. Таким образом, наиболее выраженный психокорригирующий эффект был получен у пациенток, получавших в раннем послеоперационном периоде (со 2-го дня после оперативного вмешательства) курс общей магнитотерапии в сочетании с селективной импульсной электростимуляцией токами низкой частоты.

Литература

1. Арсланян К.Н., Данилов А.Ю., Бобкова М.В. Ранняя восстановительная электроимпульсная терапия после гинекологических операций // *Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: материалы международного конгресса.* — М., 2006. — С. 200–201.
2. Баширов Э.В., Томина О.В., Мелконьянц Т.Г. Эффективность оценки качества жизни больных с миомой матки после органосохраняющих вмешательств // *Медицинский вестник Юга России.* — 2014. — №2. — С. 33–37.
3. Дугиева М.З. Роль физиотерапевтических технологий в повышении адаптивных возможностей организма у пациенток, оперированных по поводу миомы матки // *Физиотерапевт.* — 2014. — №5. — С. 17–22.

ФИЗИОТЕРАПИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Муравлёв А.И., врач-гинеколог Центра гинекологии, репродуктивной и эстетической медицины¹; аспирант кафедры восстановительной медицины и медицинской реабилитации с курсами сестринского дела, клинической психологии и педагогики²;

Корчажкина Н.Б., докт. мед. наук, проф.,
руководитель научно-образовательного центра³;
проф. кафедры восстановительной медицины
и биомедицинских технологий⁴.

¹Клиническая больница №1 АО ГК «Медси»;

²Центральная государственная медицинская академия
Управления делами Президента РФ;

³Российский научный центр хирургии
им. акад. Б.В. Петровского;

⁴МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

E-mail: alexey1790@rambler.ru;

моб. тел.: +7 (916) 3631808.

Применение различных физиотерапевтических методик в раннем послеоперационном периоде у женщин после миомэктомии способствует коррекции болевого синдрома. В статье показаны наиболее эффективные методики, применяемые в современной гинекологии.

The use of various physiotherapeutic techniques in the early postoperative period in women after myomectomy contributes to the correction of pain. The article shows the most effective methods used in modern gynecology.

Несмотря на то что боли после миомэктомии являются естественной защитной реакцией организма, всё большее

внимание уделяется локализации и интенсивности боли в течение всего периода нахождения пациентки в стационаре и изучению динамики её уменьшения под влиянием разработанных методов лечения. Так, при опросе пациенток на 2-е сутки после проведённой миомэктомии центральное место среди жалоб занимал болевой синдром, который усиливался даже при незначительном напряжении или движении, а также при дефекации, что объясняется, в частности, несмотря на малотравматичную органосохраняющую операцию (лапароскопический доступ), естественной реакцией на рассечение кожи, механические воздействия медицинскими инструментами, удаление узлов и прижигание патологической зоны, в результате чего разрушаются нервные окончания и любые стимулы в первые несколько суток после операции воспринимаются организмом как болевые. При изучении локализации болей было установлено, что наиболее часто после миомэктомии они встречались в области живота с иррадиацией в прямую кишку и пояснично-крестцовый отдел.

В исследование было включено 105 пациенток, разделённых на три группы (по 35 человек в каждой). В первой группе (группа сравнения) через 2 дня после оперативного вмешательства проводилась общая магнитотерапия. Во вторую (основную) группу вошли 35 пациенток после миомэктомии, которым через 2 дня после оперативного вмешательства проводилась селективная импульсная электростимуляция токами низкой частоты в сочетании с магнитотерапией. В контрольной группе также было 35 пациенток после миомэктомии, которым в раннем послеоперационном периоде не проводилось физиотерапевтических процедур.

При анализе данных после пяти процедур и после курса лечения наиболее значимая динамика отмечалась у пациенток основной группы, что подтверждалось уменьшением частоты встречаемости иррадиации в прямую кишку и в пояснично-крестцовый отдел позвоночника. Несколько менее выраженная динамика отмечалась у пациенток группы сравнения. У пациенток контрольной группы полученные результаты по всем изучаемым показателям были достоверно ниже.

Таким образом, применение комплекса, включающего курс общесистемной магнитотерапии и селективной импульсной электростимуляции токами низкой частоты, в большей степени, чем монодействие селективной импульсной электростимуляции токами низкой частоты, уменьшает частоту встречаемости усиления при незначительном напряжении или движении боли, затрудняющей акт дефекации, и особенно её иррадиации в прямую кишку и пояснично-крестцовый отдел позвоночника, у пациенток в раннем послеоперационном периоде после миомэктомии.

Литература

1. Альмяшева Г.А. Оптимизация послеоперационной реабилитации больных миомой матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Саранск, 2007. — 23 с.
2. Борисов А.А. Совершенствование реабилитационной помощи больным, оперированным по поводу миомы матки с использованием инновационных технологий магнитотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2010. — 24 с.
3. Дугиева М.З. Роль физиотерапевтических технологий в повышении адаптивных возможностей организма у пациенток, оперированных по поводу миомы матки // Физиотерапевт. — 2014. — №5. — С. 17–22.

4. Кустаров В.Н., Исмаилова И., Кулагина Н.В., Иовель Г.Г. Восстановительное немедикаментозное лечение после органосохраняющих операций на матке // Нелекарственная медицина. — 2006. — №1. — С. 46–48.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЙ ПОДХОД К ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЛИПА ЭНДОЦЕРВИКСА

Нажипова Е.В., аспирант.

Уральский научно-исследовательский
институт охраны материнства
и младенчества.

E-mail: naghypov-1979@yandex.ru;
тел.: +7 (960) 803 6135.

Ретроспективный анализ 143 пациенток с полипами эндоцервикса продемонстрировал необходимость фармакотерапии на этапе реабилитации для улучшения исходов лечения.

A retrospective analysis of 143 patients with endocervical polyps demonstrated the need for pharmacotherapy during the rehabilitation phase to improve treatment outcomes.

Среди доброкачественных поражений шейки матки полипы эндоцервикса составляют в среднем 22,85% и в 67,9% случаев сочетаются с другими гинекологическими заболеваниями. Частота рецидивирующего течения, по данным разных авторов, колеблется от 10 до 29%. Актуализирует поиск фенотипических предикторов полипов эндоцервикса и частота малигнизации данной патологии, которая варьирует от 1 до 10% и заметно увеличивается с возрастом, что является важным аспектом при назначении реабилитации пациенткам с доброкачественными образованиями цервикального канала.

Цель исследования — выявление предикторной роли гинекологической и соматической патологии у пациенток с полипами эндоцервикса для оптимизации послеоперативной фармакотерапии.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ гинекологического и соматического анамнеза 143 пациенток с полипами эндоцервикса в возрасте от 18 до 60 лет в клинко-диагностическом отделении НИИ ОММ, ЖК ЦГБ №24 г. Екатеринбурга за период 2014–2019 гг. Контрольную группу составили 73 женщины. Проведён анализ гинекологического и соматического анамнеза для верификации и ранжирования по степени значимости соматических и гинекологических предикторов. Статистическую обработку данных проводили с помощью программного пакета SPSS Statistics версии 20.0.

Результаты и обсуждение. В результате проведённого исследования выявлена высокая положительная корреляционная связь между эндокринными заболеваниями и полипами эндоцервикса ($r=+0,72$; $p=0,018$; $RR=3,92$ при $p=0,000$) с доминированием в спектре заболеваний щитовидной железы. Это может объясняться влиянием дислипидемии и нарушенного адаптивного термогенеза на развитие пролиферативного процесса в эндоцервиксе благодаря присутствию рецепторов

к тиреоидным гормонам. Относительный риск возникновения полипа эндоцервикса при наличии эндокринных заболеваний у обследованных пациенток составил $RR=3,92$ (95% CI: [1,25÷5,24], достоверность различий $\chi^2=12,314$ при $p=0,000$). У 72,7±6,4% женщин полипы эндоцервикса сочетались с другими гинекологическими заболеваниями, в частности с воспалительными процессами органов малого таза ($RR=6,172$ при $p=0,006$) и гормонально ассоциированными гинекологическими заболеваниями ($R=8,13$ при $p=0,001$), выявлена высокая положительная корреляционная связь между полипами эндоцервикса и гиперпластическими процессами эндометрия ($r=+0,79$; $p=0,001$), что могло объясняться изменением соотношения метаболитов эстрогенов при гормонально ассоциированных заболеваниях в сторону увеличения 16αОН («гормона пролиферации»), потенцирующего своё влияние на изменения эпителиального барьера, напрямую зависящего от уровня эстрадиола.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о предикторной роли как соматических (в основном эндокринных) заболеваний, так и гормонально ассоциированных гинекологических болезней, а также воспалительных заболеваний органов малого таза в генезе полипа эндоцервикса, что характеризует данное заболевание как мультифакторное и диктует необходимость комплексного обследования пациенток, персонифицированной коррекции выявленных нарушений в постоперативном периоде для профилактики рецидивирования пролиферативного процесса.

Литература

1. Esra Esim Buyukbayrak, Ayse Yasemin Karageyim Karsidag. Cervical polyps: evaluation of routine removal and need for accompanying // D&C Arch. Gynecol. Obstet. — 2011. — Vol. 283. — P. 581–584.
2. Rexhepi M., Trajkovska E., Koprivnjak K. An Unusually Large Fibroepithelial Polyp of Uterine Cervix: Case Report and Review of Literature // Open Access Maced. J. Med. Sci. — 2019. — Jun 30. — Vol. 7. — №12. — P. 1998–2001. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31406544#>.
3. Younis M.T., Iram S., Anwar B., Ewies A.A. Women with asymptomatic cervical polyps may not need to see a gynaecologist or have them removed: an observational retrospective study of 1126 cases // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 2010. — Jun. — Vol. 150. — №2. — P. 190–194. [Epub 2010 Mar]

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛИКОДЕЛИНА СПЕРМЫ ПЕРЕД ЭКО

Посисеева Л.В., докт. мед. наук, проф.^{1,2};

Перепечай М.И., врач-репродуктолог²;

Петрова У.Л., сотрудник²;

Петрова О.А., канд. мед. наук, врач-эмбриолог².

¹Российский университет дружбы народов;

²ООО «Клиника современной медицины» (г. Иваново).

E-mail: lvposiseeva@mail.ru;

моб. тел.: +7 (905) 105 2929.

Ретроспективный анализ исследования спермограмм и гликоделина спермальной жидкости

У 50 мужчин в супружеских парах с бесплодием в программах ЭКО показал, что определение уровня гликоделина имеет преимущественное значение у мужчин с нормальными показателями спермограммы, а также при невыраженной астенозооспермии.

A retrospective analysis of the study of spermograms and sperm fluid glycodefine in 50 men in couples with infertility in IVF programs showed that determining glycodefine levels is predominant in men with normal spermogram indices, as well as with unexpressed asthenozoospermia.

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о снижении фертильности мужчин во всём мире, в том числе в России. При этом обычный анализ спермы теряет былое значение, поскольку даёт минимум информации при идиопатическом нарушении репродукции. Следует учитывать участие в фертилизации гликоделина, мелатонина, фибронектина, ингибина, активина, гомоцистеина и других низкомолекулярных пептидных и непептидных регуляторов. С низким уровнем гликоделина в сперме (менее 16 мкг/мл) связано первичное бесплодие неясного генеза, невынашивание беременности ранних сроков, развитие тяжёлой перинатальной патологии.

Цель исследования — оценить роль гликоделина спермы в эффективности программ ЭКО в супружеских парах с длительным бесплодием. Проводился сравнительный анализ эффективности ЭКО у женщин с учётом характера спермограмм и уровня гликоделина в спермальной жидкости, определяемого методом иммуноферментного анализа с использованием отечественных тест-систем. Обследованы 50 мужчин в бесплодных супружеских парах. Анализ спермограмм показал, что нормозооспермия имела место у 19 (38%), астенозооспермия — у восьми (16%), сочетание астено-, олиго- и тератозооспермии — у 20 (40%), в т.ч. у одного — наличие единичных сперматозоидов. Выраженные воспалительные изменения спермы выявлены у четырёх пациентов. Всего зарегистрировано 13 беременностей, из них биохимических — пять. Частота наступления беременности колебалась от 15% при тяжёлых нарушениях сперматогенеза до 37,5% при астенозооспермии и 31,6% — при нормозооспермии. Определение уровня гликоделина в сперме подтвердило ранее полученные данные об отсутствии прямой связи между содержанием гликоделина в спермальной жидкости и характером спермограмм. Между тем нормальные показатели гликоделина несколько чаще встречались при нормозооспермии (63,5%) и реже — при тяжёлых нарушениях сперматогенеза (40%), при которых в основном преобладали резко сниженные или резко повышенные уровни гликоделина. Диагностированная клиническая беременность в парах с нормозоо- и умеренно выраженной астенозооспермией отмечалась преимущественно при нормальных показателях гликоделина в сперме партнёра (у четырёх из пяти мужчин). Биохимические беременности отмечены у пяти женщин, в т.ч. у четырёх — при нормозооспермии как при нормальном ($n=2$), так и при резко сниженном уровне ($n=2$) гликоделина, а также в одном случае при тератозооспермии и резко повышенном содержании гликоделина. Исследование гликоделина в спермальной жидкости при подготовке супружеской пары к ЭКО имеет преимущественное значение у мужчин с нормальными показателями

телями спермограммы, а также при невыраженной астенозооспермии, что улучшает оценку их фертильности.

Литература

1. Павлов В.Н., Галимова Э.Ф., Терезулов Б.Ф. и др. Молекулярные и метаболические аспекты мужского бесплодия // Вестник урологии. — 2016. — №2. — С. 40–59.
2. Посисеева Л.В., Назаров С.Б., Татаринов Ю.С. Белки репродуктивной системы человека в акушерстве и гинекологии. — Иваново, 2006. — 238 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ «ДЕРИНАТА» И ЕГО КОМБИНАЦИИ С «МЕЗОГЕЛЕМ» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Пучкина Г.А., ассистент кафедры;

Сулима А.Н., проф. кафедры.

Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского;

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского,
кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии №1
(г. Симферополь).

E-mail: puchkina.g.a@mail.ru;

тел.: +7 (978) 738 2411.

Профилактика послеоперационного спаечного процесса органов малого таза является актуальной проблемой современной гинекологии в связи с высокой частотой возникновения спаечной болезни, преимущественным поражением женщин репродуктивного возраста, низкой эффективностью консервативного и хирургического методов лечения, высоким процентом рецидивов адгезивного процесса, частыми осложнениями в виде нарушения фертильной функции, снижения качества жизни, а также возникновения другой острой хирургической патологии.

Prevention of postoperative adhesive process of the pelvic organs is an urgent problem of modern gynecology, due to the high incidence of adhesive disease, the predominant lesion of women of reproductive age, the low efficiency of conservative and surgical methods of treatment, the high percentage of relapses of the adhesive process, frequent complications in the form of impaired fertility, decreased quality of life, as well as the occurrence of another acute surgical pathology.

Перспективным направлением профилактики послеоперационного спаечного процесса брюшной полости является применение барьерных средств, разобщающих раневые поверхности, для восстановления морфофункциональной целостности поврежденной во время оперативного вмешательства брюшины (Вербицкий Д.А., 2006; Panay N., 1999; DiZerega G., 2001) [1, 5]. Однако влияние на

иммунитет барьерных средств не изучалось, а немногочисленные литературные источники свидетельствуют об их иммуносупрессирующей активности (Конопля А.И. и др., 1998). В связи с этим можно предположить, что нарушения иммунитета могут способствовать патологическому спайкообразованию и развитию спаечной болезни [2].

Важным направлением при лечении спаечного процесса органов малого таза является установление возможности применения и эффективности иммунотропных препаратов, перспективным для этих целей является препарат «Деринат», обладающий, помимо иммуномодулирующего действия, выраженным регенераторным свойством [3, 4].

Цель исследования — оценить эффективность применения «Дерината» в комплексной терапии послеоперационного спаечного процесса органов малого таза на фоне использования барьерного адьюванта «Мезогель» и ультразвукового скальпеля.

В проспективное исследование включены 222 женщины. Средний возраст пациенток составил 30,1±1,5 года. В основную группу вошли 112 пациенток с лапароскопическими оперативными вмешательствами с использованием ультразвукового скальпеля по fast track surgery и применением противоспаечного средства «Мезогель» и иммунотропного препарата «Деринат». В группу сравнения вошли 110 пациенток с традиционными лапароскопическими оперативными вмешательствами с использованием биполярного скальпеля. Критериями оценки эффективности являлись уменьшение болевого синдрома, наступление беременности, улучшение качества жизни.

Характерными для большинства обследованных пациенток являлись следующие особенности: высокая частота инфекционных заболеваний в детском и пубертатном возрасте; длительность заболевания больше 1 года; нарушение специфических функций женского организма (менструальной, репродуктивной). Бесплодие в анамнезе встречалось у 112 (50,5%) обследованных, в структуре которого преобладала вторичная форма — в 74 (66,1%) случаях. При этом более выраженная динамика наблюдалась в ОГ: полное купирование боли — у 100 (89,7%) обследованных, что достоверно превышало показатели ГС — в 1,7 раза ($p=0,002$) соответственно. У пяти (10,3%) пациенток с сохраняющимся болевым синдромом регистрировалось значимое снижение его эксплицированности — с 5,4±0,8 до 1,7±0,3 балла по шкале NRS, что было ниже в сравнении с исходной оценкой в 3,2 раза ($p<0,001$) и значениями ОГ — в 2,2 раза ($p<0,001$). Оценка репродуктивной функции осуществлена у 112 пациенток с бесплодием, которым были выполнены симультанные лапароскопические и гистероскопические оперативные вмешательства: ОГ — 55 и ГС — 57. Возраст обследованных — от 23 до 40 лет (средний 29,5±1,6 года). Результаты этого исследования показали, что наиболее часто маточная беременность наступала в течение первых 6 мес послеоперационного периода в обеих исследуемых группах. Суммарная частота наступления беременности в течение 12 мес у пациенток основной группы составила 63,6%, в то время как в группе сравнения частота наступления беременности составила лишь 30,0% при 1–2-й стадии распространения спаечного процесса.

Выводы. Применение препарата «Деринат» в сочетании с использованием противоспаечного средства «Мезогель» и ультразвукового скальпеля по fast track surgery в комплексной терапии у пациенток со спаечным

процессом органов малого таза, осложнённым трубно-перитонеальным бесплодием, является эффективным и позволяет в 2,1 раза повысить частоту наступления беременности в случае 1–2-й стадии распространения спаечного процесса.

Литература

1. Беженарь В.Ф., Ниаури Д.А., Сельков С.А. и др. Патологические аспекты спайкообразования (аналитический обзор) // Клиническая больница. — 2012. — №4. — С. 86–94.
2. Бурлев В.А., Дубинская Е.Д., Гаспаров А.С., Ильясова Н.А. Антиангиогенная терапия и спаечный процесс в малом тазу: перспективы профилактики и лечения (обзор литературы) // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2010. — Т. 10. — №4. — С. 25–31.
3. Дубинская Е.Д., Гаспаров А.С., Бурлев В.А. и др. Клинические маркеры рецидива спаечного процесса в малом тазу // Вестник РУДН. — 2011. — №6. — С. 186–192.
4. Кондратович Л.М. Основы понимания формирования спаечного процесса в брюшной полости. Интраоперационная профилактика противоспаечными барьерными препаратами // Вестник новых медицинских технологий. — 2014. — Т. 21. — №3. — С. 169–173.
5. DiZerega G.S. Peritoneum, peritoneal healing and adhesion formation // Peritoneal Surgery. — New York: Springer-Verlag, 2000. — P. 3–37.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ: НОВЫЙ ФОРМАТ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Рахматулина М.Р., докт. мед. наук, проф. кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом клинической лабораторной диагностики¹;

Тарасенко Э.Н., врач-дерматовенеролог².

²Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии;

¹Государственный научный центр Федеральный медицинский биофизический центр

им. А.И. Бурназяна ФМБА России;

E-mail: ra.marg@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (916) 20310 03.

Анализ антимикотической резистентности различных видов грибов рода *Candida* за период 2010–2020 гг. продемонстрировал высокий уровень чувствительности выделенных изолятов к клотримазолу (90,6–97,8%) без тенденции к его снижению. Применение клотримазола (2% крем) позволило достичь клинко-лабораторной эффективности терапии вульвовагинального кандидоза у 95,5% пациенток: у 91,7% пациенток — при 3-дневном курсе терапии и у 100% пациенток — при 6-дневном курсе терапии.

The analysis of antifungal resistance of various types of Candida for the period 2010–2020 showed a high level of sensitivity of isolates to clotrimazole (90.6–97.8%) without a downward trend. The use of clotrimazole (2% cream) allowed to achieve clinical and laboratory effectiveness of vulvo-

vaginal candidiasis therapy in 95.5% of patients — in 91.7% of patients with a 3-day course of therapy and in 100% of patients with a 6-day course of therapy.

Исследования последних лет демонстрируют изменение видовой структуры урогенитального кандидоза и выраженную тенденцию к увеличению выявляемости видов *Candida non-albicans*, которые нередко проявляют устойчивость к антимикотическим препаратам. Клотримазол, доступный в новой форме для интравагинального введения), является одним из широко применяемых в клинической практике препаратов. В отличие от клотримазола в форме 1% крема, высокие концентрации 2% крема предполагают возможность его применения более коротким курсом терапии.

Цель исследования — проанализировать показатели чувствительности различных видов грибов рода *Candida* к клотримазолу за период с 2010 по 2020 год и сравнить эффективность применения 3-дневного и 6-дневного курса терапии препаратом клотримазол (2% крем). Для выделения и оценки морфологических особенностей колоний 1927 изолятов грибов рода *Candida* использовали агар Сабуро, для определения чувствительности изолятов — МИКОТЕСТ-АЧ. Эффективность препарата клотримазол 2% крем вагинальный, применяемого 1 раз в сутки (5,0 г интравагинально) в течение 3 дней и 1 раз в сутки (5,0 г интравагинально) в течение 6 дней, оценивалась у пациенток 18–47 лет с вульвовагинальным кандидозом (первая группа [n = 12] и вторая группа [n = 10] соответственно).

В течение 2010–2020 гг. доминирующим видом грибов рода *Candida* являлась *C. albicans*, частота обнаружения которой в целом составила 80,2% (1565 изолятов). Среди видов *non-albicans* наиболее часто выделялась *C. glabrata* (6,5–16,7%), реже — *C. krusei* (2,2–7,4%), *C. parapsilosis* (1,4–4,6%), *C. tropicalis* (1,1–3,6%), *C. kefyr* (0,9–3,6%). Показатели чувствительности *Candida* к клотримазолу не имели выраженной тенденции к снижению и составляли в среднем для *C. albicans* — 97,8% (в 2010–2015 гг. — 92,7–100%, в 2016–2020 гг. — 97,9–98,6%); для *C. glabrata* — 96,2% (в 2010–2015 гг. — 100%, в 2016–2020 гг. — 87,5–95,4%); для *C. krusei* — 95,4% (в 2010–2015 гг. — 100%, в 2016–2020 гг. — 87,5–91,7%); для *C. parapsilosis* — 90,6% (в 2011–2015 гг. — 100%, в 2016–2020 гг. — 80,0–85,7%), для *C. tropicalis* — 92,3% (в 2014 г. — 83,3%, в 2018 г. — 80,0%, в остальные годы — 100%) и для *C. kefyr* — 96,0% (в 2013 г. — 75,0%, в 2010–2012 и 2014–2020 гг. — 100%).

При оценке эффективности применения препарата клотримазол 2% крем вагинальный на момент завершения терапии (через 3 и 6 дней у пациенток первой и второй групп соответственно) было установлено отсутствие клинических симптомов вульвовагинального кандидоза у 21 (95,5%) пациентки: у 11 (91,7%) первой группы и у 10 (100%) второй группы. Через 14 дней после завершения терапии отсутствие клинических симптомов заболевания наблюдалось у 22 (90,9%) пациенток: у 11 (91,7%) первой группы и у девяти (90,0%) второй группы. При микроскопическом исследовании нормализация показателей (отсутствие лейкоцитарной реакции, исчезновение вегетирующих форм дрожжеподобных грибов) установлена у 21 (95,5%) пациентки: у 11 (91,7%) первой группы и у 10 (100%) второй группы.

Динамика видового спектра урогенитального кандидоза, характеризующаяся увеличением доли видов *non-albicans* грибов рода *Candida*, диктует необходимость в проведении мониторинга антимикотической резистент-

VII ОБЩЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»
 12-14 НОЯБРЯ 2020 ГОДА
 КАЗАНЬ

КАЗАНЬ

2020
 12-14
 НОЯБРЯ

VII ОБЩЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»
 12-14 НОЯБРЯ 2020 ГОДА
 КАЗАНЬ

VII ОБЩЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»
 12-14 НОЯБРЯ 2020 ГОДА
 КАЗАНЬ

VII ОБЩЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»
 12-14 НОЯБРЯ 2020 ГОДА
 КАЗАНЬ

VII ОБЩЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»
 12-14 НОЯБРЯ 2020 ГОДА
 КАЗАНЬ



РУДН



МАРС

StatusPraesens
profmedia



spnavigator



+7 (499) 346 3902



praesens.ru



praesens



info@praesens.ru



stpraesens



statuspraesens

ности. Низкий уровень устойчивости грибов рода *Candida* к клотримазолу и высокая эффективность препарата в форме 2% крема обуславливает его выбор в терапии вульвовагинального кандидоза.

Литература

1. Бибнева Т.Н., Дикке Г.Б. // *РМЖ. Мать и дитя*. — 2018. — №1. — С. 49–56.
2. Сергеев А.Ю., Маликов В.Е., Жариков Н.Е. // *Медицинская микология*. — 2001. — №4. — С. 1–4.
3. Mendling W. // *Mycoses*. — 2015. — Vol. 58. — №5. — P. 324.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ МАРКЁРЫ РАННЕЙ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

Сазонова Н.Г., аспирант;

Макаренко Т.А., докт. мед. наук, доц.

Красноярский государственный медицинский
университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

E-mail: sazonovang@list.ru;

моб. тел.: +7 (950) 976 2954.

Протеомный анализ плазмы крови показал наличие трёх белков, характерных только для женщин с эндометриозом яичников и отсутствующих у женщин без эндометриоза. Так, при эндометриозах было характерно повышение содержания двух белков плазмы крови (каппа-вариабельной цепи иммуноглобулина 3–20, цитоскелетного кератина 1 типа II) и снижение содержания одного белка плазмы крови (аполипопротеина С1), которые могут играть роль в дифференциальной диагностике эндометриоза яичников.

Proteomic analysis of blood plasma showed the presence of three proteins that are characteristic only for women with ovarian endometriosis and are absent in women without endometriosis. Thus, endometriomas were characterized by an increase in the content of two plasma proteins (immunoglobulin kappa variable 3–20, keratin type II cytoskeletal 1), and a decrease in the content of one plasma protein (apolipoprotein C1), which can play a role in the differential diagnosis of ovarian endometriosis.

Проблема ранней диагностики эндометриоза яичников в настоящее время стоит особенно остро [1], так как наиболее часто применяемые в клинической практике маркёры и методы диагностики этой формы эндометриоза, в частности СА-125 и УЗИ органов малого таза, не позволяют диагностировать заболевание на ранних стадиях [2]. А между тем известно, что именно на ранней стадии формирования эндометриомы запускаются механизмы, приводящие к уменьшению фолликулярного аппарата яичника, что приводит к формированию бесплодия [3, 4]. Таким образом, поиск маркёров для ранней и неинвазивной диагностики эндометриоза яичников является весьма актуальным.

Цель исследования — изучение особенностей протеомного спектра плазмы крови у женщин с изолированной формой эндометриоза яичников. В исследование было включено пять женщин репродуктивного возраста с изолированной формой эндометриоза яичников и пять женщин без эндометриоза. Диагноз «эндометриоз яичников» подтверждался посредством ультразвукового исследования, магнитно-резонансной томографии, визуализации эндометриом при проведении оперативного лечения лапароскопическим доступом и гистологической верификации диагноза после проведённого оперативного лечения. Всем пациенткам утром накануне оперативного лечения был выполнен забор периферической крови объёмом 3 мл. Полученный образец периферической крови подвергался центрифугированию при 1500 об/мин в течение 15 мин с целью осаждения клеточных элементов. Полученная плазма крови помещалась в промаркированную пробирку типа «Эппендорф», затем замораживалась при –80 °С и хранилась до момента исследования. Протеомный спектр плазмы крови у женщин исследуемой группы был выполнен с помощью масс-спектрометрического анализа. При исследовании плазмы крови была выявлена группа белков, экспрессия которых была изменена только у женщин с эндометриозом яичников. В частности, была повышена экспрессия следующих белков: каппа-вариабельной цепи иммуноглобулина 3–20, цитоскелетного кератина 1 типа II, а также отмечалось снижение экспрессии аполипопротеина С1 в плазме крови.

Таким образом, проведённый протеомный анализ плазмы крови показал наличие белков, характерных только для женщин с изолированной формой эндометриоза яичников и отсутствующих у женщин контрольной группы. Полученные белки плазмы крови могут быть рассмотрены в качестве потенциальных маркёров для ранней неинвазивной диагностики эндометриоза яичников.

Литература

1. Ярмолинская М.И. Генитальный эндометриоз: различные грани проблемы / М.И. Ярмолинская, Э.К. Айламазян. — СПб.: *Эко-Вектор*, 2017. — 615 с.
2. Ovarian endometrioma — a possible finding in adolescent girls and young women: a mini-review / K. Galczyński, M. Józwiak, D. Lewkowiec et al. // *J. of Ovarian Research*. — 2019. — Vol. 12. — №1. — P. 104.
3. Treatment of ovarian endometriomas using energy in endometriosis surgery: effect on pelvic pain, return to work, pregnancy and cyst recurrence / E.K. Lockyer, A. Schreurs, M. Lier et al. // *Facts, views & vision in ObGyn*. — 2019. — Vol. 11. — №1. — P. 49–55.
4. Клиника и диагностика генитального эндометриоза / М.И. Ярмолинская, Е.И. Русина, А.Р. Хачатурян, М.С. Флорова // *Журнал акушерства и женских болезней*. — 2016. — Т. 65. — №5. — С. 4–21.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

Сердюков С.В., канд. мед. наук, доц. кафедры.

Волгоградский государственный медицинский
университет Минздрава России, кафедра акушерства
и гинекологии.

E-mail: ssv-414.001@mail.ru;
моб. тел.: +7 (904) 770 9571.

Причины возникновения и прогрессирования эндометриоза окончательно не установлены, что обеспечивает недостаточные результаты его лечения. Проведённое исследование выявило высокую частоту сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии у пациенток с разными формами заболевания. Определение роли различных факторов патогенеза эндометриозной болезни позволит усовершенствовать методы её лечения.

The causes of the occurrence and progression of endometriosis are not definitively established, which provides insufficient results of its treatment. The study revealed a high incidence of concomitant gynecological and extragenital pathology in patients with different forms of the disease. The determination of various factors in the pathogenesis of endometrioid disease will improve its treatment methods.

Эндометриоз является широко распространённым заболеванием, занимающим третье место среди гинекологической патологии¹. Число диагностированных случаев болезни прогрессивно увеличивается. Мультифакторный характер заболевания определяет трудности его диагностики и обеспечивает недостаточную эффективность существующих методов лечения³.

Целью исследования являлось определение особенностей течения эндометриоза на основании некоторых патогенетических факторов его развития.

Проведён ретроспективный анализ 112 историй болезни пациенток, проходивших стационарное лечение, с разными формами эндометриоза. У 44 больных выявлен наружный генитальный эндометриоз: яичников — 34 случая (30,3%), ретроцервикальный — четыре случая (3,6%), перитонеальный — шесть случаев (5,4%). Аденомиоз диагностирован у 49, а сочетанные формы заболевания — у 19 пациенток (17,0%). Возраст обследованных составил от 21 до 55 лет (средний возраст — 34,2 ± 8,8 года). Таким образом, преобладали женщины моложе 35 лет. Средний возраст наступления менархе составил 13,0 ± 1,17 года. Средняя длительность менструации составила 5,5 ± 1,45 дня, средняя продолжительность менструального цикла — 28,8 ± 6,62 дня.

Изучение акушерско-гинекологического анамнеза показало, что 58,1% (n=25) пациенток раннего репродуктивного возраста имели в анамнезе одну и более беременностей, при этом роды были только у 44,1% (n=19) из них. У 23,2% (n=10) пациенток было искусственное прерывание беременности, у 9,3% (n=4) — самопроизвольные выкидыши, и 41,2% (n=18) женщин страдали бесплодием. В позднем репродуктивном возрасте 88,8% (n=32) больных имели в анамнезе одну и более беременностей, 77,7% (n=28) — роды. У 61,1% (n=22) пациенток в анамнезе имелось искусственное, а у 2,7% (n=1) — самопроизвольное прерывание беременности, 11,1% (n=4) страдали бесплодием. Среди женщин перименопаузального возраста 96% (n=24) имели в анамнезе одну и более беременностей, 92% (n=23) — роды, 72% (n=18) — медицинские аборт и 8% (n=2) — самопроизвольные выкидыши. Бесплодие в анамнезе отмечали 11,1% (n=4) больных. Высокое число абортов считается фактором риска развития аденомиоза. При анализе гинекологической патологии наиболее часто

выявлялись патология шейки матки (25,0%, n=28), хронические воспалительные заболевания органов малого таза (25,9%, n=29) и миома матки (26,8%, n=30). Сочетание эндометриоза и гиперпластических процессов эндометрия отмечалось у 13,4% (n=15) пациенток. В половине случаев (57 пациенток) диагностированы два и более гинекологических заболеваний.

При оценке соматической патологии у 17,9% (n=20) женщин были выявлены хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический панкреатит, хронический холецистит), что сопровождается замедлением метаболизма и провоцирует пролиферативные изменения в репродуктивных органах-мишенях¹. У 7,1% (n=8) отмечались хронические заболевания органов мочевыделительной системы. Хронические инфекционные заболевания (хронический тонзиллит, хронический гайморит) встречались у 8,9% (n=10), а патология сердечно-сосудистой системы была выявлена у 19,6% (n=22) пациенток.

Медикаментозную терапию для купирования болевого синдрома и остановки аномальных маточных кровотечений получали 6,25% женщин (n=7), хирургическое лечение выполнено 93,75% пациенток (n=105). Объём абдоминальных операций определялся формой эндометриоза и возрастом больных. Гистероскопия и вакуум-аспирация проведены у 16,1% обследованных.

Полученные данные свидетельствуют, что отягощённый акушерско-гинекологический анамнез и высокая частота сопутствующей экстрагенитальной патологии, нарушая защитные механизмы, увеличивают риск развития эндометриоза. Выраженность указанных патологических состояний определяет клиническую активность заболевания с различной локализацией патологического процесса, что требует дифференцированного подхода при выборе лечения.

Литература

1. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: Рук-во для врачей / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. — 3-е изд., перераб. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 272 с.
2. Линде В.А. Эндометриозы. Патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 192 с.
3. Sallam H.N. et al. Long-term pituitary down-regulation before in vitro fertilization (IVF) for women with endometriosis (review). — The Cochrane collaboration, 2010.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Узденова З.Х., докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии¹;

Иосипчук К.О., аспирант кафедры акушерства и гинекологии¹;

Гатагажеева З.М., канд. мед. наук, доц., зав. кафедрой акушерства и гинекологии²;

Оздоева Т.И., аспирант кафедры акушерства и гинекологии¹;

Шаваева Ф.В., канд. мед. наук, доц. кафедры
нормальной и патологической физиологии¹.

¹Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова;

²Ингушский государственный университет.

E-mail: elifiya@bk.ru;

моб. тел.: +7 (928) 084 7779.

Лечение цервикальной интраэпителиальной дисплазии CIN I в течение 3 мес препаратом «Цервикон-ДИМ» привело к нормализации обмена метаболитов эстрогенов, элиминации ВПЧ, регрессии воспалительной реакции до цитологической нормы у 95% женщин и даёт возможность избежать хирургического вмешательства.

Treatment of cervical intraepithelial dysplasia CIN I for 3 months with the drug Cervicon-Dim led to normalization of the exchange of estrogen metabolites, elimination of HPV, regression of the inflammatory response to the cytological norm in 95% women and makes it possible to avoid surgery.

В Кабардино-Балкарии с 1.01.20 г. стартовал пилотный проект сплошного организованного мониторинга с применением комбинированного скрининга рака шейки матки. Всем женщинам от 21 до 69 лет проводили стандартное гинекологическое исследование, микроскопию мазка, цитологию мазка, жидкостную онкоцитологию, ВПЧ-тест, кольпоскопию, биопсию с последующим гистологическим исследованием биоптатов шейки матки.

По данным многих авторов [1, 2, 3], главным фактором патогенеза дисплазии шейки матки считается инфицирование вирусом папилломы человека (ВПЧ). ДНК ВПЧ высокой степени онкогенного риска (преимущественно 16-го и 18-го типов) обнаруживают до 90% образцов CIN I–III. В зависимости от состояния иммунного статуса переход CIN в онкологический процесс может занимать от нескольких месяцев до десятков лет. Поэтому своевременное выявление и устранение CIN является основным способом профилактики её грозных осложнений. ВПЧ приводит к трансформации клеток в шейке матки в предраковые клетки, а затем и в злокачественные образования.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения препарата «Цервикон-ДИМ» у больных с ВПЧ-ассоциированными CIN I. В исследование были включены 37 пациенток в возрасте 21–39 лет с верифицированной CIN I на фоне ВПЧ.

Критериями включения в исследование явились наличие гистологически и цитологически подтверждённого CIN I, репродуктивный возраст женщины, положительные данные цервикального теста на ВПЧ, информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения были острый вагинит, острые или обострение хронических заболеваний в течение предшествующих 6 мес. Комплексное обследование включало кольпоскопию, исследование PAP-мазков, гистологическое исследование, ПЦР-диагностику ИППП, в том числе ВПЧ высокого онкогенного риска (16-го и 18-го типов). Лечение проводили в два этапа. На первом этапе лечения назначали антибактериальную и иммуномодулирующую терапию. На втором этапе всем пациенткам был назначен препарат «Цервикон-ДИМ» интравагинально в дозе 200 мг в сутки на 3 мес.

Установлено, что через 3 мес от начала лечения препаратом «Цервикон-ДИМ» отмечена нормальная кольпоскопическая картина у 83,8% пациенток, через 6 мес — у 95%. После завершения лечения при обследовании методом ПЦР ни у одной пациентки ВПЧ 16-го и 18-го типов не обнаружены. При проспективном обследовании через 3 и 6 мес после завершения лечения рецидивов CIN и ВПЧ не наблюдалось.

Таким образом, применение препарата «Цервикон-ДИМ» при цервикальной интраэпителиальной дисплазии CIN I в течение 3 мес привело к нормализации обмена метаболитов эстрогенов, элиминации ВПЧ, регрессии воспалительной реакции до цитологической нормы у 95% женщин и даёт возможность избежать хирургического вмешательства.

Литература

1. Радзинский В.Е., Роговская С.И. и др. Дисплазия шейки матки. Новые перспективы. — М.: StatusPraesens, 2018. — 16 с.
2. Сухих Г.Т., Ашрафян Л.А. и др. Исследования эффективности и безопасности препарата на основе диндолимметана у пациенток с цервикальной интраэпителиальной неоплазией // Акушерство и гинекология. — 2018. — №9. — С. 91–98.
3. Doorbar J. Molecular biology of human papilloma virus infection and cervical cancer // Clinical Science. — 2006. — Vol. 110. — P. 525–541.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МИНИ-САЙТ- АССИСТИРОВАННОЙ ВАГИНАЛЬНОЙ МИОМЭКТОМИИ

Цивьян Б.Л., докт. мед. наук, проф. кафедры¹,
зав. гинекологическим отделением²;

Онегова С.Б., врач акушер-гинеколог²;

Вардамян С.В., канд. мед. наук, ассистент кафедры¹;

Мирская К.В., клинический ординатор кафедры³.

¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (г. Санкт-Петербург), кафедра акушерства и гинекологии им. С.Н. Давыдова (г. Санкт-Петербург);

²СПб ГБУЗ «Городская больница №40» (г. Сестрорецк);

³Санкт-Петербургский государственный университет, кафедра акушерства и гинекологии.

E-mail: onegova-sveta@mail.ru;

моб. тел.: +7 (981) 723 8435.

Одним из новых малоинвазивных оперативных доступов в лечении миомы матки является мини-сайт-ассистированная вагинальная миомэктомия (MiniLAVM). Эта методика обладает рядом преимуществ, среди которых непосредственная пальпация и работа с опухолью с возможностью наложения ручного шва, отсутствие необходимости морцелляции, качественная визуализация органов брюшной полости и контроль в зоне операции, возможность применения противоспечного барьера, минимальная инвазивность с хорошим косметическим эффектом.

The MiniLAVM procedure offers advantages over both the laparoscopic and abdominal myomectomy such as digital palpation, direct suturing, no morcelation needed, good visualization for evaluation abdominal organs and appropriate control for place of surgery, application antiadhesive barrier, minimally invasiveness with good cosmetic effect. This is a preliminary study involving a small number of patients; we believe a larger study will be required to further investigate the efficiency and safety of MiniLAVM.

Одним из современных, эффективных и малотравматичных органосохраняющих методов лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста является вагинальная миомэктомия. Применение этой методики ограничено в связи с затруднённой визуализацией и анатомической доступностью миоматозных узлов.

Цель исследования — усовершенствовать технику малоинвазивной миомэктомии вагинальным доступом путём внедрения новой методики мини-лапароскопически-ассистированной миомэктомии, оценить её безопасность и эффективность.

Материалы и методы. Пациентки репродуктивного возраста с наличием миомы матки с узлами всех локализаций и размерами от 4 до 7 см в диаметре, которым была выполнена мини-лапароскопически-ассистированная вагинальная миомэктомия по новой методике. В период с января 2016 г. по декабрь 2019 г. было прооперировано 28 пациенток. Из них 22 была выполнена мини-лапароскопически-ассистированная вагинальная миомэктомия с доступом через заднюю кольпотомию и шести пациенткам — через переднюю кольпотомию.

Результаты. Средний возраст пациенток, участвующих в исследовании, составил 34,5±7,6 года (26–43 года). Из 28 пациенток у 17 (60,7%) в анамнезе были роды, у трёх (10,7%) пациенток из них — кесарево сечение, среднее количество родов в анамнезе 1,2±1,1. У четырёх (8,7%) пациенток в анамнезе лапароскопические операции. Средняя продолжительность госпитализации составила 2,96±0,96 дня. Средний объём кровопотери составил 100,89±79,67 мл. Продолжительность операции 109,46±28,81 мин. Средний размер миомы составил 6,2±0,78 см. Среднее количество удалённых миоматозных узлов 1,61±0,86. Случаев конверсий не отмечено. Ложе миоматозных узлов и кольпотомные раны ушивались вагинально. В трёх (10,7%) случаях дополнительный гемостаз был достигнут с использованием биполярной коагуляции лапароскопически. Гемотрансфузий не было. Серьёзных осложнений не отмечалось. Контрацепция была рекомендована в течение 6 мес после миомэктомии. Беременности наступили у четырёх (14,2%) пациенток спонтанно, у двух (7,1%) из них протекали без осложнений, закончились в срок, у одной из них — роды через естественные родовые пути, у одной — путём операции кесарева сечения, у одной пациентки — несостоявшийся выкидыш при беременности 7 нед, у одной пациентки — аборт до 12 нед.

Заключение. Предложенная техника мини-лапароскопически-ассистированной вагинальной миомэктомии обладает рядом преимуществ, к которым относятся минимальная инвазивность с хорошим косметическим эффектом, возможность удаления миоматозных узлов любой локализации, наложение качественного ручного шва, отсутствие необходимости

морцелляции, визуализация органов брюшной полости и соответствующий контроль за местом операции. Небольшое количество беременностей после проведённых операций связано с тем, что часть пациенток не планировали беременность и часть находятся на реабилитации. Проведено предварительное исследование с участием небольшого числа пациенток. Для изучения эффективности и безопасности мини-лапароскопически-ассистированной вагинальной миомэктомии требуется более масштабное исследование.

Литература

1. Адамьян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение, реабилитация: Клинические рекомендации (протокол лечения) / Л.В. Адамьян, Е.Н. Андреева, Н.В. Артёмук; Министерство здравоохранения Российской Федерации. — М., 2015. — 69 с.
2. Кондратович Л.М. Современный взгляд на этиологию, патогенез и способы лечения миомы матки // Российский медицинский журнал. — 2014. — №5. — С. 36–39.
3. Radmila S. Epidemiology of Uterine Myomas: A Review // Int. J. Fertil. Steril. — 2016. — Vol. 9. — №4. — P. 424–435.
4. Аганезова Н.В. Современные возможности лекарственной терапии миомы матки // Журнал акушерства и женских болезней. — 2016. — Т. LXV. — №3. — С. 79–83.
5. Radmila S. Epidemiology of Uterine Myomas: A Review // Int. J. Fertil. Steril. — 2016. — Vol. 9. — №4. — P. 424–435.
6. Кондратович Л.М. Современный взгляд на этиологию, патогенез и способы лечения миомы матки // Российский медицинский журнал. — 2014. — №5. — С. 36–39.
7. Agdi M. Minimally invasive approach for myomectomy // Semin. Reprod. Med. — 2010. — Vol. 28. — №3. — P. 228–234.
8. Magos A., Bournas N., Sinha R. et al. Vaginal myomectomy // BJOG. — 1994. — Vol. 101. — №12 — P. 1092–1094.
9. Pundir J., Pundir V. et al. Robotic-Assisted Laparoscopic vs Abdominal and Laparoscopic Myomectomy: Systematic Review and Meta-Analysis // J. Minim. Inv. Gynecol. — 2013. — Vol. 20. — №3 — P. 335–345.

НЕОПУХОЛЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ И ОПУХОЛИ ЭНДОМЕТРИЯ И ЯИЧНИКА — МУЛЬТИДИСЦИ- ПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, РОЛЬ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Шабалова И.П.¹;
Созаева Л.Г.²;
Карпова А.Е.¹

¹Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, кафедра клинической лабораторной диагностики;

²Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, кафедра акушерства и гинекологии.

Врачи и учёные постоянно находятся в поиске алгоритмов использования различных методов в выявлении и определении нозологической формы заболеваний. Многие проблемы, с которыми акушеры-гинекологи сталкиваются в нынешнее время (перегрузки, в том числе информационные и психологические, ухудшение экологической обстановки, неполноценные продукты питания, первые роды в возрасте за 30 лет и проч.), приводят к нарушению репродуктивного потенциала женщины. Кроме того, различные заболевания яичника и эндометрия способствуют развитию опухолей. Рак эндометрия в развитых странах занимает первое место среди новообразований органов женской репродуктивной системы [1]. В России отмечается неуклонный рост заболеваемости. В 2008 г. выявлено 128,6 новых случаев заболевания на 100 тыс. населения, в 2018-м — 180,5 [2]. Рак яичника занимает третье место в структуре онкологической заболеваемости органов женской репродуктивной системы и первое — в структуре смертности, и также отмечен неуклонный рост заболеваемости: с 59,1 в 2008-м до 76,2 на 100 тыс. в 2018-м [2]. Клинические симптомы некоторых заболеваний неспецифические и нередко проявляются только при далеко зашедших стадиях, что обуславливает трудности в диагностике, невозможность радикального лечения и низкие показатели выживаемости. Для того чтобы быстро, эффективно, экономично определить характер изменений на ранних этапах развития заболевания, важно всё: анамнез, клинические данные, результаты ультразвукового исследования, в том числе доплерографии, других методов, позволяющих визуализировать патологические состояния органов и тканей, лабораторных исследований, в том числе молекулярных и цитогенетических [3, 4]. И крайне важно установить морфологический диагноз по клеточному составу материала, полученному из патологического очага [5]. «Золотым стандартом» морфологического исследования считают комплексное цитологическое и гистологическое исследования, которые являются взаимодополняющими методами. Материал для цитологического исследования из полости матки получают с помощью аспирации (пайпель-биопсия и др.), из яичника — во время или после операции. Определённую информацию может дать изучение жидкостей серозных полостей; пункция яичника допускается лишь в том случае, когда полностью исключена малигнизация. В течение последних двух десятилетий в гинекологической практике помимо классического (традиционного) метода приготовления и окрашивания цитологических препаратов используют метод жидкостной цитологии [6, 7]. Метод основан на технологии приготовления стандартных тонкослойных цитологических препаратов из жидкой клеточной суспензии. Метод приобретает всё больший интерес в морфологической диагностике как реактивных изменений, так и новообразований. В сравнении с традиционными мазками эти препараты более информативны, и качество их, как правило, не зависит от качества работы лаборанта. Слайд-препараты при необходимости можно использовать для проведения морфометрии, цитохимических, иммуноцитохимических исследований. Из этого материала можно готовить клеточные блоки и при наличии небольших кусочков ткани получать информацию о гистологическом строении биоптата, использовать эти блоки для проведения

иммуногистохимического исследования [6, 7]. В докладе будет дана сравнительная характеристика различных методов и сочетания их в совершенствовании диагностики неопухолевых поражений и опухолей эндометрия и яичника.

Литература

1. Клиническая лабораторная диагностика: в 2 т. — Т. 2 / Под ред. В.В. Долгова. — М.: Лабдиаг, 2018. — 624 с.
2. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал НМИРЦ Минздрава России, 2019. — 250 с.
3. Staples J.N., Duska L.R. Cancer screening and prevention highlights in gynecologic cancer // *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* — 2019. — Vol. 46. — №1. — P. 19–36.
4. Bouet P.E. Chronic Endometritis in Women with Recurrent Pregnancy Loss and Recurrent Implantation Failure: Prevalence and Role of Office Hysteroscopy and Immunohistochemistry in Diagnosis // *Fertil. Steril.* — 2016. — Vol. 105. — №1. — P. 106–110.
5. Tzur T., Kessous R., Weintraub A.Y. Current strategies in the diagnosis of endometrial cancer // *Arch. Gynecol. Obstetrics.* — 2017. — Vol. 296. — №1. — P. 5–14.
6. Yang X., Ma K., Chen R. et al. Liquid-based endometrial cytology associated with curettage in the investigation of endometrial carcinoma in a population of 1987 women // *Arch. Gynecol. Obstetrics.* — 2017. — Vol. 296. — №1. — P. 99–105.
7. Шабалова И.П. Клиническая цитология в 21 веке — тупик или развитые специальности? // *Лаборатория.* — 2015. — С. 4–9.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ, ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ И АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: ЕСТЬ ЛИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ?

Шварёв Е.Г., докт. мед. наук, проф.;
Дикарёва Л.В., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой;
Зоева А.Р., канд. мед. наук, ассистент;
Белявская С.А., аспирант.

Астраханский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета с курсом последипломного образования.

E-mail: abzhalilova@mail.ru;
моб. тел.: +7 (967) 338 1466.

Длительное воздействие при хроническом эндометрите внутритканевой персистирующей инфекции является фактором риска не только репродуктивных неудач, но и формирования

в ряде случаев стойких вторичных морфофункциональных изменений, приводящих к развитию гиперпластических процессов этой локализации.

Long-term exposure of chronic tissue endometritis to persistent infection is not only a risk factor for reproductive failures, but also the formation in some cases of persistent secondary morphofunctional changes leading to the development of hyperplastic processes of this localization.

Известно, что широко распространённые в популяции воспалительные заболевания органов малого таза являются дебютом ряда других, качественно новых, более тяжёлых по прогнозу и возможности реабилитации заболеваний, таких как бесплодие и гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) [1, 2]. Современная медицина нуждается в создании недорогих и эффективных методов обследования пациенток, чтобы в короткие сроки с минимальными затратами и высокой точностью выявить у них хронический эндометрит (ХЭ), своевременно выбрать правильную тактику лечения, предотвратить рецидив заболевания и профилактировать риск развития осложнений.

На базе диагностического отделения областного перинатального центра г. Астрахани проведено комплексное обследование 30 пациенток с гистологически верифицированными ГПЭ и ХЭ. В первую группу вошли 15 больных ХЭ, а во вторую — 15 больных ГПЭ и ХЭ. Группу контроля составили 20 женщин такого же возраста, не имеющих гинекологических заболеваний и обратившихся в центр по вопросу планирования беременности.

По сравнению с контрольной группой в ткани эндометрия больных ХЭ и ГПЭ выявлена высокая частота репродуктивно значимых микробных ассоциаций возбудителей заболеваний: хламидии, ВПЧ высокого онкогенного риска, а также герпетическая и цитомегаловирусная инфекция. Отмечен более высокий уровень инфицирования эндометрия, чем слизистой оболочки цервикального канала.

Характерными маркерами ХЭ в фазах менструальных выделений, изученных методом клиновидной дегидратации, были языковые структуры и языковые поля, свидетельствовавшие о выраженном воспалительном процессе у пациенток с аномальными маточными кровотечениями на фоне ГПЭ. Убедительные данные были получены и при исследовании церулоплазмينا в менструальных выделениях как белка острой фазы воспаления. В ходе работы было установлено, что у пациенток с ХЭ уровень церулоплазмينا в 5 раз превышал показатели контрольной группы и составлял от 439,71 до 3258,31 мг/дл, тогда как у здоровых женщин он колебался от 82,64 до 658 мг/дл.

Литература

1. Радзинский В.Е., Ипастова И.Д. Субклинические ВЗОМТ: от осознания опасности к программе действий. Асимптомные и малосимптомные ВЗОМТ в практике акушера-гинеколога: Информационный бюллетень. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2017. — 24 с.
2. Серов В.Н., Прилевская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. — М.: МЕДпресс-информ, 2017. — 512 с.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЙ ПОДХОД К ИММУНОМОДУЛЯЦИИ ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ

Шмакова Н.А., аспирант.

Уральский научно-исследовательский институт охраны
материнства и младенчества
(г. Екатеринбург).

E-mail: nadyuschka.ru@yandex.ru;
моб. тел.: +7 (902) 2773712.

Проспективный анализ изменений иммунного гомеостаза на местном уровне в биоптатах неоплазированной экзоцервиксы у 60 пациенток с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями продемонстрировал необходимость комплексной иммуномодуляции (системной и локальной) у пациенток с HSIL для улучшения исходов лечения.

A prospective analysis of changes in immune homeostasis at the local level in biopsies of unoplastic exocervix in 60 patients with cervical intraepithelial neoplasia demonstrated the need for complex immunomodulation (systemic and local) in patients with HSIL to improve treatment outcomes.

У женщин репродуктивного возраста цервикальные интраэпителиальные неоплазии (SIL) занимают от 10,7 до 38,8% в структуре гинекологических заболеваний [1, 2]. Несмотря на многочисленные исследования, на сегодняшний день существующие комплексные методы терапии HSIL сопровождаются рецидивированием процесса в 33–48% случаев, с персистенцией ВПЧ — в 58% случаев, что диктует необходимость поиска новых мишеней для комплексной терапии [3, 4].

Цель исследования — на основании иммуногистохимического исследования цервикобиоптатов обосновать необходимость комплексной иммуномодуляции (системной и локальной) наряду с оперативным лечением у пациенток с HSIL для улучшения исходов терапии.

Материалы и методы. Проведено обследование 60 пациенток с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями. Все пациентки по результатам гистологического исследования были разделены на две группы. В первую вошли 20 пациенток с LSIL, вторую составили 40 пациенток с HSIL. Иммуногистохимическое исследование цервикобиоптатов проводили по стандартной методике с окраской растворами антител фирмы Bond RTU Primary (США), специфичных к одному из исследуемых маркеров (CD3, CD56, CD138, M-CSF). Проявление реакции осуществлялось системой визуализации Dako Cytoimation. Для визуализации первичных антител использовали безбиотиновую систему детекции Super Sensitive Polymer-HPR Detection System (Biogenex). Оценка полученных результатов осуществлялась по степени флуоресценции и количеству образованных комплексов «антиген–антитело» в процентном эквиваленте. Подсчёт количества позитивных клеток

выполняли при увеличении $\times 400$ не менее чем в 10 полях зрения. В последующем пациентки второй группы были разделены на две подгруппы для проведения системной («Инозин пранобекс») или комплексной иммуномодуляции с включением в терапию местного иммуномодулирующего препарата азоксимера бромид по одной свече 1 раз в день №10 наряду с оперативным лечением.

Результаты и обсуждение. Полученные данные иммуногистохимического анализа у обследованных пациенток установили статистически значимое увеличение доли клеток с экспрессией рецепторов CD20, CD3, CD138 (в клетках стромы) и снижение инфильтрации эпителия M-CSF у пациенток с HSIL. В зависимости от длительности данного патологического процесса при первично выявленном наблюдался низкий уровень экспрессии M-CSF в клетках эпителия и стромы. После проведения комплексной терапии выявлена элиминация ВПЧ у пациенток первой подгруппы с применением традиционной терапии в 65%, а при включении в комплекс местного иммуномодулирующего препарата в 95% случаев. Рецидивирование процесса у пациенток первой подгруппы выявлено в 25% случаев, у пациенток второй подгруппы рецидивирования процесса в течение 6 мес наблюдения не выявлено.

Выводы. Выявленные значительные изменения иммунного гомеостаза в цервикобиоптатах у пациенток с HSIL диктуют необходимость включения системной и локальной иммунокоррекции наряду с оперативным лечением для улучшения исходов лечения.

Литература

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал НИИРЦ Минздрава России, 2019. — 250 с.
2. Motamedi M., Böhmer G., Neumann H.H., Wasielewski R. CIN III lesions and regression: retrospective analysis of 635 cases // *BMC Infect Dis.* — 2015. — Vol. 21. — №15. — P. 541.
3. Доброхотова Ю.Э., Венедиктова М.Г., Саранцев А.Н. и др. Комплексный подход к лечению вирусиндуцированного истинного предрака шейки матки // *Лечебное дело.* — 2016. — №4. — С. 52–56.
4. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И., Филатова Г.А. Вирус папилломы человека: от понимания иммунопатогенеза к рациональной тактике ведения // *Gynecology.* — 2018. — Т. 20. — №3. — С. 5–11.

СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНИ ЯИЧНИКА У ПАЦИЕНТОК С ОБЪЁМНЫМИ ЯИЧНИКОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ

Щербакова Л.Н., канд. мед. наук, доц. кафедры¹;
Бугеренко К.А., аспирант кафедры¹;
Проскурнина Е.В., докт. мед. наук, доц., главный научный сотрудник лаборатории молекулярной биологии².

¹Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, кафедра акушерства и гинекологии;

²Медико-генетический научный центр им. акад. Н.П. Бочкова.
E-mail: lll2906@gmail.com;
тел.: +7 (495) 932 8814.

При эндометриоидных кистах отмечается выраженная недостаточность антиоксидантной системы, связанной со снижением активности цитохром-b5-редуктазы в условно интактной ткани яичника, содержащего образование. При этом степень выраженности окислительного стресса в ткани яичника имеет тенденцию к увеличению по мере роста эндометриоидной кисты.

Endometriotic ovarian lesions cause pronounced oxidative homeostasis alterations in ovarian tissue and oxidative damage markers are present in the “healthy” perilesional ovarian tissue. Moreover, the extent of oxidative injury tends to increase with the diameter of the endometriotic lesion.

Известно, что содержимое эндометриоидной кисты (железо и продукты превращения гемоглобина) — сильный прооксидант. Можно предположить, что именно окислительный стресс является одним из ключевых повреждающих факторов, воздействующих на неизменную ткань яичника, содержащего эндометриоидную кисту, и именно оксидативное повреждение приводит к снижению качества ооцитов и наблюдаемым морфологическим и функциональным изменениям. В связи с этим целью настоящего исследования стала сравнительная оценка уровня свободнорадикального баланса в неизменной ткани яичника при различных объёмных образованиях яичников.

В исследование были включены две группы пациенток: 31 пациентка с эндометриоидными кистами (основная группа) и 16 пациенток с доброкачественными односторонними образованиями яичников (группа сравнения). В полученных интраоперационно образцах ткани яичника оценивали фоновую, НАДН-стимулированную хемилюминесценцию и коэффициент активации (КА), который рассчитывался как отношение стимулированной к фоновой хемилюминесценции.

В отсутствие НАДН фоновая люцигенин-активированная хемилюминесценция ткани яичника при эндометриомах и доброкачественных образованиях яичника значимо не различалась и составляла 0,14 (0,05–0,35) и 0,18 (0,08–0,38) соответственно. НАДН-стимулированная хемилюминесценция отражает активность цитохром-b5-редуктазы — внутриклеточного фермента, выполняющего функцию в том числе поддержания уровня восстановленного коэнзима Q10. При добавлении к образцу ткани раствора НАДН была отмечена значительно более интенсивная хемилюминесценция в образцах ткани яичника с доброкачественными объёмными образованиями по сравнению с образцами ткани яичника, содержащего эндометриому: НАДН составила 1,856 (1,121–2,975) в образцах пациенток основной группы и 3,8505 (1,54–8,031) в образцах пациенток группы сравнения (p=0,033). При эндометриомах меньшего диаметра (менее 3 см) увеличение интенсивности хемилюминесценции являлось

более выраженным, чем при эндометриомах большего диаметра. КА составил 22,99 (17,45–39,09) и 8,08 (3,10–31,07) соответственно ($p=0,04$). При сравнении интенсивности НАДН-стимулированной хемилюминесценции образцов ткани яичников, содержащих эндометриомы диаметром более 3 см и неэндометриоидные образования диаметром более 3 см, была показана менее интенсивная хемилюминесценция при эндометриомах: 1,79 (1,09–2,55) против 4,45 (1,54–8,23) соответственно ($p=0,04$). Более того, менее интенсивная НАДН-стимулированная хемилюминесценция была зарегистрирована также при эндометриомах размером менее 3 см по сравнению с крупными неэндометриоидными образованиями (более 3 см): 1,52 (1,25–1,93) против 4,45 (1,54–8,23) соответственно ($p=0,05$).

Таким образом, при эндометриоидных кистах отмечается выраженная недостаточность антиоксидантной системы, связанной со снижением активности цитохром-*b5*-редуктазы в условно интактной ткани яичника, содержащего образование. При этом степень выраженности окислительного стресса в ткани яичника имеет тенденцию к увеличению по мере роста эндометриоидной кисты.

Акушерство

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ПРЕРЫВАНИЯ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Андреева М.В., докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии;
Ермоленко С.Г., клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии;
Сивко Т.С., аспирант кафедры акушерства и гинекологии.
Волгоградский государственный медицинский университет (г. Волгоград).
E-mail: vaa1947@yandex.ru;
тел.: +7 (903) 375 0145.

Ретроспективный анализ 160 случаев неразвивающейся беременности позволил выявить значимые факторы риска развития данной патологии. Проведено сравнение выбранной нами тактики ведения пациенток с замершей беременностью. Определён оптимальный метод прерывания беременности в рассматриваемой клинической ситуации.

A retrospective analysis of 160 cases of undeveloped pregnancy revealed significant risk factors for the development of this pathology. A comparison of our selected management tactics of patients with missed pregnancy is carried out. The optimal method of abortion in the considered clinical situation was determined.

Согласно современным данным, около 18–20% всех беременностей заканчиваются репродуктивными потерями. Это приводит к пополнению списка хронических заболеваний репродуктивной системы женщины и как минимум к увеличению факторов риска их возникновения. Проблема имеет разносторонний характер. Демографический спад в стране остаётся общей волнующей проблемой. Общее соматическое и репродуктивное здоровье женщин в будущем — один из главных вопросов, требующих внимания к этой проблеме [1, 2, 3]. Определение оптимальной тактики прерывания замершей беременности является важным аспектом в решении данного вопроса [3, 4].

Цель исследования — определить оптимальный метод прерывания замершей беременности.

Проведён ретроспективный анализ 160 историй болезни женщин с замершей беременностью при сроке до 9 нед гестации на базе гинекологического отделения городской больницы Волгограда. Выделено две группы пациенток с учётом метода прерывания. Основную группу составили 45 (28%) женщин, прервавших беременность медикаментозным методом. Группа сравнения состояла из 115 (72%) женщин с хирургическим методом прерывания замершей беременности (методом вакуум-аспирации). Все обследованные женщины с неразвивающейся беременностью были в возрасте от 18 до 40 лет.

На учёте по беременности в женской консультации или в частной клинике состояли 34 (21%) пациентки основной

группы, в группе сравнения — 110 (68,7%) женщин. Практически каждая вторая женщина планировала беременность, т.е. данная беременность была желанная. Каждая пятая пациентка имела в анамнезе соматическую патологию, а каждая третья — отягощённый акушерско-гинекологический анамнез. Следует отметить, что замершая беременность была первой беременностью в анамнезе у 53 (33,1%) из всех женщин.

Существовавший ранее эпизод замершей беременности выявлен у семи (4,3%) пациенток. Установлено, что медицинские аборты в анамнезе были у 15 (9,3%) женщин. Диагноз настоящей замершей беременности был установлен с помощью УЗИ. В основной группе среднее значение срока — 5–6 нед, в группе сравнения — 7–8 нед. Следовательно, медикаментозный метод чаще применялся для прерывания неразвивающейся беременности более ранних сроков. Проведён анализ осложнений, возникших после прерывания данной беременности. В основной группе прерывание гестации осложнилось развитием гематометры у двух (1,25%) пациенток, неполным выкидышем — у четырёх (2,5%), которые явились показаниями для инструментального вмешательства. В группе сравнения состояния, требующие дополнительного лечения, возникали чаще — у 11 (6,8%) пациенток.

Заключение. Каждая пятая женщина с неразвивающейся беременностью имела отягощённый акушерско-гинекологический анамнез. Анализ исходов неразвивающейся беременности показал, что наиболее оптимальным методом её прерывания является медикаментозный.

Литература

1. Андреева М.В., Хасиева И.И., Квеселава С.Г. Оценка исходов беременности на фоне истмико-цервикальной недостаточности // Альманах-2018-2. Юбилейный. Нам 20 лет / Под науч. ред. Г.К. Лобачевой. — Волгоград: ВолГУ. — 2018.
2. Андреева М.В., Квеселава С.Г., Митина А.Н. Предикторы развития истмико-цервикальной недостаточности у городских жительниц // Материалы XIX Всероссийского научно-образовательного форума «Мать и дитя». — М., 2018. — 241 с.
3. Неразвивающаяся беременность: Методические рекомендации / Авт.-сост. В.Е. Радзинский и др. — М.: Редакция журнала Status Praesens, 2015. — 48 с.
4. Сидельникова В.М. Подготовка к ведению беременности у женщин с привычным невынашиванием. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 224 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С АНОМАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

Атаманенко О.Ю., врач акушер-гинеколог;
Тирская Ю.И., доц.

Омский государственный медицинский университет
Минздрава России
E-mail: Atamanenko.o@bk.ru;
тел.: +7 (983) 626 2969.

Проспективное исследование течения и исходов беременностей 120 пациенток с предлежанием плаценты показало, что в группе с использованием комплексного подхода по сравнению с группой, где применялся только микронизированный прогестерон, пациентки имели в 2,7 раза ниже частоту угрозы прерывания беременности, в 1,6 раза ниже частоту преждевременных родов, в 2,1 раза чаще «миграцию» плаценты, в 1,3 раза ниже объём кровопотери при родоразрешении.

A prospective study of pregnancy and pregnancy outcomes of 120 patients with placenta previa showed, that in the group using combination treatment compared to the other, where only progesterone was used, the patients had in 2.7 times lower risk termination of pregnancy, 1.6 times lower than the rate of preterm birth, more often 2.1 times the «migration» of the placenta, 1.3 times lower than the volume of blood loss during childbirth.

Частота кровотечения во время беременности при аномальном расположении плаценты (АПИ) достигает 34%, а во время родов — 66%. В существующих рекомендациях все предлагаемые меры направлены на раннее оказание помощи при возникновении осложнений беременности, однако они не профилактируют их и не снижают риск осложнений гестационного периода. Предложенный нами комплексный подход к ведению беременности включает в себя установку акушерского пессария совместно с интравагинальным введением микронизированного прогестерона. Метод объединяет эффекты пессария и микронизированного прогестерона, что приводит к равномерному распределению давления плодного пузыря на нижние отделы тела матки и шейку матки, предотвращает их растяжение, обеспечивает токолитический эффект, которые крайне необходимы при наличии аномальной плацентации.

Цель исследования — улучшение исходов течения беременности у пациенток с аномальным расположением плаценты на основе разработанного комплексного подхода ведения данной группы беременных. В основную группу (группа А) вошли 60 пациенток, к которым был применён комплексный подход ведения беременности, а группу сравнения (группа В) составили 60 беременных, получавших во время беременности только интравагинальную форму микронизированного прогестерона.

Акушерский пессарий (Dr. Arabin, Германия) устанавливался пациенткам группы А при выявлении АПИ по результатам УЗИ на сроке 18–20 нед. Все пациентки ввиду осложнённого акушерско-гинекологического анамнеза получали микронизированный прогестерон в интравагинальной форме в дозе 200 мг/сут до 32 нед беременности (Laboratoires Besins international, Франция). Средний возраст женщин основной группы (А) составил 31,5 (28,5–35) года, а в группе В — 32 (28,5–36) года. В группе А угроза прерывания беременности наблюдалась значительно реже, она зарегистрирована у 16,7% женщин, а в группе В — у 44,5% ($\chi^2=11,3$; $p=0,0008$). «Миграция» плаценты произошла у 61,7% группы А с использованием комплексного подхода и у 30% пациенток группы В ($\chi^2=12,1$; $p=0,0005$). В группе А было характерно меньшее количество преждевременных родов — 43,3%, а в группе с использованием только микронизированного прогестерона — 68,3% ($\chi^2=7,6$; $p=0,006$). Объём кровопотери у

пациенток рассчитывался гравиметрическим методом и также имел значительное отличие: для группы А в среднем составил 670 (345–955) мл и для группы В — 900 (615–1265) мл ($p=0,004$). При этом значимого различия в частоте вставания плаценты у пациенток исследуемых групп выявлено не было: в группе А оно выявлено у 8,3% женщин, а в группе В — у 20% женщин ($\chi^2=3,36$; $p=0,067$).

Таким образом, в группе А в 2,7 раза реже встречалась угроза прерывания беременности и в 1,6 раза реже преждевременные роды. «Миграция» плаценты в группе с пессарием регистрировалась в 2,1 раза чаще, чем в группе без него, ввиду чего средний объём кровопотери при родоразрешении у пациенток группы А оказался в 1,3 раза меньше. Полученные результаты демонстрируют эффективность комплексного подхода к ведению беременных с аномальным расположением плаценты как метода профилактики осложнений гестационного периода, способствующего снижению репродуктивных потерь.

Литература

1. Латышкевич О.А., Курцер М.А., Савельева Г.М. и др. Антенатальная диагностика вставания плаценты у женщин с кесаревым сечением в анамнезе // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2013. — №6. — С. 36–42.
2. Милованов А.П. Причины и резервы снижения материнской смертности на современном этапе: Руководство для врачей / А.П. Милованов, И.О. Бутырева. — М.: МДВ, 2014. — 336 с.
3. Dandolu, V. Graul A.B., Lyons A. Obstetrical Hysterectomy, cesarean delivery and abnormal placentation // J. Matern. Fetal Neonatal Med. — 2012. — Vol. 25. №1. — P. 74–77.
4. Placenta praevia, placenta praevia accreta and vasa praevia: diagnosis and management / Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. — London, 2018. — 48 p.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛАКТОСТАЗЕ И МАСТИТЕ

Герашенко Я.Л., врач онколог-маммолог.

Женская консультация №22

(г. Санкт-Петербург).

E-mail: 9119736687@mail.ru; тел.: +7 (911) 973 6687.

В статье отражены результаты трёх с половиной лет лечения пациенток с лактостазом и маститом, предложены оптимальные пути их устранения, лечебная тактика.

The article reflects the result of three and a half years of treatment of patients with lactostasis and mastitis, suggests optimal ways to eliminate them, and treatment tactics.

Цель исследования — представить отработанный оптимальный алгоритм действий врача для решения проблемы эвакуации молока, обследования, лечения, продемонстрировать эффективность лечебной тактики.

Актуальность. Для нормального развития младенца чрезвычайно важно грудное вскармливание (ГВ). Исследования микробиома грудного молока показали, что определённые лактобактерии могут благоприятно влиять

на лактационную функцию женщины, переваривание молока в кишечнике ребёнка, а также на течение воспалительного процесса в груди женщины [1, 2]. Частота лактационного мастита среди родильниц в различных странах колеблется от 2 до 33% и в среднем составляет около 10% [3–6].

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы медицинские карты (МК) 104 кормящих женщин по факту обращения в период с декабря 2016 г. по июнь 2020 г. с жалобами на нарушение эвакуации молока, боль и дискомфорт, уплотнение ткани молочной железы.

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

Результаты. У всех обратившихся за медицинской помощью женщин было диагностировано нарушение лактации. Лактостаз у 88 (85%) женщин, лактационный мастит, серозная форма — у 13 (12,5%), лактационный мастит, гнойно-абсцедирующая форма — у трёх (2,9%) женщин.

Клинические проявления в виде локального уплотнения ткани в одной МЖ, болей, нарушение оттока молока имели все пациентки. Повышение температуры тела выше 36,6 °С отмечено у 53 женщин (51%), у 17 (16,3%) — выше 38 °С, у трёх (2,9%) — выше 40 °С. Ультразвуковая картина локального отёка ткани МЖ выявлена у всех пациенток. УЗ-картина абсцесса МЖ — у трёх (2,9%) женщин.

Тактика лечения избиралась в зависимости от клинической картины.

Ручное сцеживание МЖ по Риордану проводили 104 женщинам (100%).

Локальную гипотермию после каждого кормления в течение 15 мин — 70 женщинам (67,3%).

«Траумель С» (мазь для наружного применения гомеопатическую) применяли местно 3 раза в день у 71 (68%) женщины.

Противовоспалительную терапию (ибупрофен в таблетках 200 мг 2 раза в день) — у 61 женщины (58,6%).

Спазмолитики (дротаверин в таблетках 20 мг за 15 мин до кормления) — у 61 женщины (58,6%).

Раствор окситоцина 5 МЕ/мл (две капли интраназально за 15 мин до кормления) — у 19 женщин (18,2%).

Антибактериальную терапию (АБТ) (амокциллин + клавулановая кислота в таблетках 625 мг 2 раза в день) — у 15 женщин (14,4%).

Лактобактерии *Lactobacillus Fermentum LC40* («Лактанза») 222 мг — по одной капсуле перорально ежедневно у 40 женщин (30,8%).

Только консервативная терапия проводилась у 97 (93%) женщин.

Оперативное лечение — вскрытие и дренирование абсцесса МЖ — выполнено трём женщинам (2,9%). В четырёх случаях (3,8%) проведена лечебная пункция.

Лактацию и грудное вскармливание продолжили 99 (95,2%) женщин. Пять пациенток (4,8%) уже прекратили лактацию к моменту развития лактостаза.

Излечение наступило в сроки: до 3 сут — у 86 женщин (82,7%), от 4 до 8 дней — у 15 женщин (14,4%), от 9 до 21 дня — у трёх женщин (2,9%).

Выводы. Нарушения оттока молока могут возникать в любой период лактации. Наиболее часто нарушения лактации развиваются в первые 3 мес после родов. Соблюдение лечебно-диагностического алгоритма позволяет

предотвратить развитие воспаления в 85,6% случаев без антибактериальной терапии. Обследование и лечение должно начинаться на первом же приёме. Диагностический минимум: осмотр, УЗИ МЖ. Основным методом восстановления лактации является ручное сцеживание. Важным элементом лечения — восстановление микробиома грудного молока. АБТ целесообразно применять при признаках выраженного воспаления в виде гипертермии выше 40 °С или клинических и УЗ-признаках абсцедирования. При своевременном обращении и начале лечения возможно сохранение полноценной лактации.

Литература

1. Fernández L. et al. *The human milk microbiota: origin and potential roles in health and disease* // *Pharmacological research*. — 2013. — Т. 69. — №.1. — P. 1–10.
2. Arroyo R. et al. *Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of Lactobacilli isolated from breast milk* // *Clinical Infectious Diseases*. — 2010. — V. 50. — №.12. — P. 1551–1558.
3. Пустотина О.А. *Опыт лечения лактационного мастита у 642 родильниц в России. Сравнительный анализ с международными рекомендациями* // *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. — 2015. — Т. 2. №2.
4. ACOG Committee Opinion №361: *Breastfeeding: maternal and infant aspects* // *Obstet. Gynecol.* — 2007. — V. 109. — P. 479.
5. *Department of Child and Adolescent Health and Development. Mastitis: Causes and Management*. — WHO, 2008.
6. Dixon J.M., Khan L.R. *Treatment of breast infection* // *Br. Med. J.* — 2011. — V. — 342. — P. d396.

ВАГИНАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

*Гуменюк Е.Г., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой;
Карпенченко А.В., ст. преподаватель кафедры.*

Петрозаводский государственный университет,
кафедра акушерства, гинекологии
и дерматовенерологии.

E-mail: elenagum@karelia.ru;
тел.: +7 (921) 224 5320.

Проведён анализ частоты и структуры вагинальных инфекций у 186 первородящих женщин без неблагоприятного анамнеза (1-я группа) и 71 первородящей женщины с ранними репродуктивными потерями в анамнезе (аборт, выкидыш, внематочная беременность). Нами не выявлено статистически значимых различий в частоте различных вагинальных инфекций между 1-й и 2-й группами. Отмечено статистически значимое увеличение частоты кандидоза и бактериального вагиноза во время беременности во всех группах.

The analysis of the frequency and structure of vaginal infections in 186 primiparous women without an adverse history (group 1) and 71 primiparous women with a history of early reproductive losses (abortion, miscarriage, ectopic

pregnancy) was performed. We found no statistically significant differences in the frequency of various vaginal infections between groups 1 and 2. There was a statistically significant increase in the frequency of urogenital candidiasis and bacterial vaginosis during pregnancy in all groups.

Актуальность. Инфекции урогенитального тракта женщины, вызванные как классическими возбудителями, так и условно-патогенными микроорганизмами, имеют существенное значение в развитии гинекологических заболеваний и акушерских осложнений. Частота вагинальных инфекций варьирует в различных регионах как вне беременности, так и в период гестации¹⁻⁴.

Цель исследования — изучить частоту и структуру вагинальных инфекций в анамнезе и во время беременности, завершившейся первыми родами.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование на базе родильного дома им. К.А. Гуткина (г. Петрозаводск), в ходе которого методом случайной выборки отобрана медицинская документация женщин с первыми родами без отягощённого анамнеза (1-я группа; n=186) и первородящих с ранними репродуктивными потерями в анамнезе (аборт, выкидыши, внематочная беременность) (2-я группа; n=71). Анализ проводился в программе STATISTICA v. 10. (таблицы частот, непараметрические методы сравнения).

Полученные результаты. До наступления настоящей беременности таких заболеваний, как сифилис, гонококковая инфекция, у первородящих женщин двух групп не было. В 1-й группе имелся один случай урогенитального трихомониаза (0,54%). Частота хламидийной инфекции составила восемь (4,30%) и два (2,82%); микоплазменной инфекции — 23 (12,37%) и девять (12,68%); урогенитального кандидоза — шесть (3,23%) и три (4,22%); бактериального вагиноза — четыре (2,15%) и один (1,41%); папилломатозной инфекции — 18 (9,68%) и 11 (15,49%) соответственно группам.

Во время настоящей беременности частота хламидийной инфекции составила пять (2,69%) и один (1,41%); микоплазменной инфекции — 40 (21,50%) и 12 (16,90%); урогенитального кандидоза — 43 (23,12%) и 19 (26,76%); бактериального вагиноза — 28 (15,03%) и 11 (15,49%) соответственно. У трёх пациенток 1-й группы был урогенитальный трихомониаз (1,61%). В ряде случаев встречалась коинфекция.

С помощью критерия Манна–Уитни не получено статистически значимых различий в частоте изученных вагинальных инфекций до и во время беременности у женщин 1 и 2 групп (p>0,05).

Во время беременности отмечено увеличение частоты диагностики урогенитального кандидоза и бактериального вагиноза (p<0,05 для каждого заболевания в 1-й и 2-й группах).

Клиническая картина вагинита различной этиологии отмечена в первой половине беременности у 69 (37,10%) женщин 1-й группы и у 31 (43,66%) — 2-й групп. Во второй половине гестации вагинит диагностирован у 68 (35,56%) и у 24 (33,80%) соответственно (p>0,05 в 1–2-й группах и с учётом сроков гестации).

Заключение. Мы не выявили статистически значимых различий в частоте вагинальных инфекций у первородящих женщин с ранними репродуктивными потерями в анамнезе и без них. Безусловно, информация

о перенесённых урогенитальных инфекциях до наступления беременности основана на анамнестических данных и может быть неполной. Отмечено статистически значимое увеличение частоты кандидоза и бактериального вагиноза во время беременности, что вполне объяснимо и соответствует данным литературы^{2,4}.

Литература

1. Вагинальные инфекции вне и во время беременности // Эффективная фармакотерапия. — 2014. — №55. — С. 42–47.
2. Bagga R., Arora P. Genital micro-organisms in pregnancy // Front. Public Health. — 2020. — Vol. 8. — Art. 225.
3. Kroon S.J., Ravel J., Huston W.M. Cervicovaginal microbiota, women's health, and reproductive outcomes // Fertil. Steril. — 2018. — Vol. 110. — P. 327–336.
4. Lochner H.J., Maraga N.F. Sexually transmitted infections in pregnant women: integrating screening and treatment into prenatal care // Paediatr Drugs. — 2018. — Vol. 20. — P. 501–509.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ В АНАМНЕЗЕ У ПЕРВО- И ПОВТОРОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

Гуменюк Е.Г., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой;
Карпенченко А.В., ст. преподаватель кафедры.

Петрозаводский государственный университет,
кафедра акушерства, гинекологии
и дерматовенерологии.

E-mail: elenagum@karelia.ru;

тел.: +7 (921) 224 5320.

Изучена частота и структура бесплодия в анамнезе у первородящих (n=308) и повторнородящих (n=301) женщин. Отмечены длительное обследование и лечение по поводу бесплодия, увеличение возраста наступления желанной беременности, более высокая частота представленной патологии у первородящих. В структуре бесплодия преобладал трубный фактор; в 25% случаев причина бесплодия не была уточнена. Большинство пациенток перенесли различные инфекции полового тракта.

The frequency and structure of infertility in anamnesis of primiparous (n=308) and multiparous (n=301) women were studied. There was a long-term examination and treatment for infertility, an increase in the age of intended pregnancy, and a higher frequency of presented pathology in primiparous mothers. The structure of infertility was dominated by the tubal factor; in 25% of cases, the cause of infertility was not specified. Most of the patients had various infections of the genital tract.

Актуальность. Бесплодие является одной из важнейших причин снижения репродуктивного потенциала, ухудшения демографической ситуации¹⁻⁴. Истинная

частота и структура патологии в популяции и отдельных группах населения не всегда известна.

Цель исследования — изучить частоту и структуру женского бесплодия в анамнезе у первородящих и повторнородящих женщин.

Материалы и методы исследования. Методом случайной выборки произведён отбор и последующий ретроспективный анализ историй родов 308 женщин с первыми родами (I группа) и 301 — со вторыми (II группа) на базе родильного дома им. К.А. Гуткина. Анализ полученных данных осуществлялся с помощью программы Statistica v.10.

Результаты. При проведении анализа выявлено 44 случая бесплодия в анамнезе (7,22%) среди всех обследованных женщин (n=609). Этот показатель в группе первородящих составил 10,06% (n=31); в группе повторнородящих — 4,32% (n=13) (p=0,032). Длительность бесплодия была, соответственно, $4,81 \pm 3,75$ (1–18 лет; 95% ДИ 3,43–6,18) и $4,38 \pm 2,29$ (2–9 лет; 95% ДИ 3,00–5,77) (p=0,7030). В I группе в анамнезе было $1,55 \pm 1,78$ беременностей (1–11; 95% ДИ 1,32–1,79), во II — $2,60 \pm 1,67$ (1–10; 95% ДИ 2,41–2,79).

Средний возраст всей когорты женщин в I основной группе был $25,47 \pm 4,78$ (95% ДИ 24,97–25,97) (p=0,0000), во II — $30,64 \pm 4,87$ года (95% ДИ 30,09–31,19) (p=0,0768). Возраст женщин при наступлении желанной беременности после лечения бесплодия составил, соответственно, $30,45 \pm 4,47$ (23–39 лет; 95% ДИ 28,81–32,09) и $33,08 \pm 4,35$ (25–39 лет; 95% ДИ 30,45–35,70).

Индекс массы тела (ИМТ, кг/м²) у женщин с бесплодием на момент наступления данной беременности составил $27,78 \pm 2,49$ (25–31; 95% ДИ 25,86–29,69) и $26,60 \pm 1,14$ (25–28; 95% ДИ 25,18–28,02) соответственно паритету. Показатель превышает аналогичный в двух основных группах ($22,25 \pm 3,79$ и $24,09 \pm 4,14$) (p= 0,0000 и p=0,0301). При наличии бесплодия в анамнезе дефицит массы тела отмечен у трёх пациенток с первыми родами (9,68%); избыточная масса тела и ожирение различной степени выявлены у девяти первородящих (29,03%) и у пяти повторнородящих женщин (38,46%). Данный показатель не имел значимых различий по сравнению с I и II группами (64–20,78% и 121–40,20%; p>0,05).

Анализ структуры бесплодия у 44 пациенток показал, что чаще встречалось бесплодие трубного происхождения (15–34,09%); связанное с отсутствием овуляции (13–29,55%); неуточнённое (11–25%); сочетанное (5–11,36%). При расчёте структуры бесплодия с учётом паритета (n=31 и n=13) имелась сходная тенденция, однако в связи с небольшими цифрами мы не получили статистически значимых различий (p>0,05 при попарном сравнении во всех случаях). Нами отмечена высокая частота инфекций урогенитального тракта в двух основных группах (210–68,18% и 208–69,10%). В группах с бесплодием в анамнезе (n=31 и n=13) данный показатель составил 38,71% и 84,61% (p=0,0244).

Заключение. В двух группах отмечено длительное обследование и лечение по поводу бесплодия, увеличение возраста наступления желанной беременности, более высокая частота изученной патологии у первородящих. У значительного процента женщин имеется повышенный ИМТ. В структуре бесплодия превалирует трубный генез (34,09%), в 25% случаев причина бесплодия не уточнена, что не противоречит другим исследованиям^{2,4}.

Литература

1. Deshpande P.S., Gupta A.S.P. Causes and prevalence of factors causing infertility in a Public Health Facility // *J. Hum. Reprod. Sci.* — 2019. — Vol. 12. — P. 287–293.
2. Ehsani M., Mohammadnia-Afrouzi M., Mirzakhani M. et al. Female Unexplained Infertility: A disease with imbalanced adaptive immunity // *J. Hum. Reprod. Sci.* — 2019. — Vol. 12. — №4. — P. 274–282.
3. Thable A., Duff E., Dika C. Infertility management in primary care // *Nurse Pract.* — 2020. Vol. 45. — №5. — P. 48–54.
4. Wall D.J., Reinhold C., Akin E.A. ACR Appropriateness Criteria® Female Infertility // *J. Am. Coll. Radiol.* — 2020. — Vol. 17. — P. 113–124.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ КОФАУНДЕРЫ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ПРИ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Зядинов А.А.,
Вученович Ю.Д.,
Новикова В.А.

Российский университет дружбы народов.

ПЭ остаётся «нерешённым уравнением» со множеством переменных. Многогранность патогенеза, непредсказуемость клинического течения и исхода, необходимость ургентного родоразрешения, невзирая на срок беременности, требовали дифференцировки ПЭ не только по тяжести, но и для недоношенного и доношенного срока беременности, для раннего и позднего дебюта. Задержка роста плода (ЗРП) не во всём мире рассматривается как характерный признак ПЭ, меры профилактики ПЭ и ЗРП не приравниваются. Однако большинство исследователей, включая отечественных, относят ЗРП к признакам ПЭ, подчёркивая её «плацетарный» патогенез. Экстрагениральные заболевания признаны ключевым фактором в развитии называемой ранее «сочетанной» ПЭ, неоспоримым фактором риска ПЭ, преимущественно поздней.

Цель исследования — выявить сопряжённость задержки роста плода и экстрагениральные заболевания матери при ранней и поздней преэклампсии.

Материалы и методы исследования. Представлено многоцентровое проспективное исследование (2018–2019). Включены 73 беременные с тяжёлой ПЭ: 48 — с ранним дебютом, 25 — с поздним.

Результаты. Возраст женщин исследуемой когорты охватывал крайне широкий диапазон (от 18 до 55 лет), при ранней ПЭ был значимо выше ($30,67 \pm 7,82$ и $26,8 \pm 4,22$, p=0,02), более чем 1/3 — 35 лет и старше. ЗРП у женщин с ранней ПЭ также была ассоциирована с более старшим возрастом ($31,64 \pm 6,81$ и $25,33 \pm 3,5$, p=0,01), у женщин с поздней ПЭ — нет ($28,53 \pm 9,61$ и $27,63 \pm 4,47$, p=0,74).

Средний срок диагностики ПЭ при раннем дебюте составил $29,94 \pm 3,14$ нед, при позднем — $37,57 \pm 2,43$ нед.

ЗРП выявлена у 57,53% женщин всей когорты, значительно чаще при ранней ПЭ (68,75 и 36% женщин, $\chi^2=5,94$, $p=0,02$; ОШ = 3,91; 95% ДИ 1,41–10,84).

Оценена сопряжённость ЗРП с экстрагенитальными заболеваниями женщины, гестационно и негестационно обусловленными. Ожирение значительно чаще отмечено у женщин с ЗРП (42,86 и 16,13%, $\chi^2=4,71$, $p=0,03$), расценено как её значимый кофактор при ПЭ (ОШ = 3,9, 95% ДИ 1,25–12,14). Ассоциированная с ПЭ неврологическая дисфункция (дисциркуляторная энцефалопатия I–III ст.) при ЗРП и её отсутствии диагностирована с сопоставимой частотой (47,62% и 54,84%, $\chi^2=0,14$, $p=0,71$), однако показана сопряжённость ЗРП с данными магнитно-резонансной томографии — признаками умеренно выраженной гидроцефалии (ОШ=5,04; 95% ДИ 1,78–14,31).

Оценивая артериальную гипертензию (АГ) как ключевой маркер ПЭ, следует подчеркнуть, что хроническая АГ (ХрАГ) выявлена только у женщин с ранней ПЭ ($\chi^2=5,77$, $p=0,02$): ГБ — у 14,58% (1-я ст. — у 8,33%, 2-я ст. — у 4,17%, 3-я ст. у 2,08%); симптоматическая ренопаренхиматозная АГ — у 2,08%, ВСД по гипертоническому типу — у 8,33%. ГАГ при ранней и поздней ПЭ выявлена с сопоставимой частотой (72,92 и 84%, $\chi^2=0,6$, $p=0,44$). АГ могла отсутствовать как симптом ПЭ в обеих группах, но преимущественно при поздней ПЭ (16 и 2,08%, $\chi^2=3,047$, $p=0,08$). Медиана дебюта АГ при ранней ПЭ (Me=28, IQR=20–31, Min–Max=5–32,5 нед) была значительно меньше в сравнении с поздней (Me=34, IQR=33,5–36, Min–Max=30–39 нед, $p<0,001$); при наличии ЗРП также была ниже (Me=30, IQR=24–31,5, Min–Max=5–34 нед) в сравнении с её отсутствием (Me=32, IQR=23–36, Min–Max=7–39 нед, $p=0,04$). Показана характерная для всей когорты связь между более ранним дебютом АГ при ожирении II ст. (13,25±7,08 нед) в сравнении с ожирением I ст. (28,16±7,14 нед, $p=0,0003$) и его отсутствием (30,12±6,11 нед, $p<0,0001$).

Артериальная гипертензия (АГ) отсутствовала у 16,13% ($\chi^2=4,96$, $p=0,03$) женщин без ЗРП. Взаимосвязи между частотой выявления ХрАГ и ЗРП не выявлено ($\chi^2=0,07$, $p=0,8$; ОШ = 0,69; 95% ДИ=0,2–2,4), несмотря на возможный ранний дебют АГ (минимум 5 нед). Гестационная артериальная гипертензия (ГАГ) явилась кофактором ЗРП, т.к. значительно чаще сопровождала ЗРП (85,71 и 64,52%, $\chi^2=4,49$, $p=0,04$; ОШ = 3,3; 95% ДИ=1,06–10,27). Женщины с ЗРП отличались более поздним дебютом ГАГ (31,0±5,23 и 24,75±2,01 нед, $p=0,045$).

Значимость различий АГ женщин с ЗРП и без неё не отразилась на частоте выявления изменений глазного дна (ангиопатии сетчатки IА ст., IБ ст., ретинопатии) (78,57 и 64,52%, $\chi^2=1,14$, $p=0,29$), изменений ультразвукового исследования сердца (признаках гидроперикарда, дилатации левого предсердия, умеренной лёгочной гипертензии и др.) (50 и 58,06%, $\chi^2=0,2$, $p=0,66$), органов брюшной полости (признаки гидроперитонеума, диффузных изменений печени, поджелудочной железы) (69,055% и 67,74%, $\chi^2=0,02$, $p=0,89$), почек (паранефральном выпоте и др.) (64,29 и 58,06%, $\chi^2=0,09$, $p=0,77$), компьютерной томографии органов грудной клетки (признаках начальных проявлений интерстициального отёка лёгких, гидроторакса, гидроперикарда и др.) (52,38 и 54,84%, $\chi^2=0,001$, $p=0,98$).

Заключение. Настоящее исследование показало, что ЗРП сопряжена не только с дебютом ПЭ, преимущественно

ранним [ОШ = 3,91], но и с экстрагенитальными заболеваниями/осложнениями матери, хроническими (ожирением [ОШ = 3,9] или обусловленными ПЭ (умеренно выраженной гидроцефалией [ОШ = 5,04], ГАГ [ОШ = 3,3]).

СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ И ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Иванова Н.В., канд. мед. наук, зав. гинекологическим отделением¹;

Филипенкова Т.Е., врач акушер-гинеколог²;

Щербакова Л.Н., канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии¹.

Московский государственный университет
им. М.В. Ломоносова¹;

Центр планирования семьи и репродукции ДЗМ².

E-mail: lll2906@gmail.com;

тел.: +7 (495) 932 8814.

У пациенток с наступившей беременностью были выявлены большая толщина М-эхо, объём эндометрия, васкуляризационный и васкуляризационно-поточковые индексы; напротив, потоковый индекс был ниже. У пациенток с бесплодием и привычным невынашиванием беременности в высоком проценте наблюдений обнаруживается внутриматочная патология.

In patients who subsequently became pregnant a greater endometrial thickness, greater endometrial volume, greater vascularization and vascularization-flow indices were observed. The flow index was lower in patients with infertility and refractory pregnancy loss. Moreover, intrauterine lesions and abnormalities were found in a high percentage of refractory pregnancy loss cases.

Состояние эндометрия является очень значимым для наступления беременности и успешного её исхода. Основным методом диагностики патологии эндометрия является УЗИ, в последние годы широкое распространение получила объёмная оценка показателей внутриматочной перфузии. При выявлении патологии эндометрия, а также пациенткам с признаками хронического эндометрита показано проведение офисной гистероскопии.

Целью данного исследования явилась оценка частоты и характера патологии эндометрия у пациенток с бесплодием и привычным невынашиванием.

В исследование вошли 315 пациенток, из них через 6 месяцев у 172 (54,60%) беременность не наступила (первая группа), у 143 (45,40%) беременность наступила (вторая группа), при этом беременность у 86,01% была пролонгирована более 12 недель. Всем пациенткам было проведено УЗИ с доплерометрией, которое включало определение толщины и структуры эндометрия, а также объёмную оценку кровотока в эндометрии. Гистероскопия была проведена 115 пациенткам первой группы и 98 пациенткам второй группы.

Толщина эндометрия у пациенток первой группы составила $7,86 \pm 0,81$ мм, у пациенток с прервавшейся до 12 нед М-эхо равнялось $7,68 \pm 0,71$ мм, с пролонгированной более 12 нед — $8,73 \pm 0,91$ мм ($p=0,005$). Объёмная оценка кровотока была проведена у 65 пациенток первой группы и 48 — второй. Были оценены индекс васкуляризации (VI), характеризующий процентное отношение сосудов в ткани органа, индекс потока кровотока (FI), соответствующий клеткам крови, перемещающимся в этих сосудах во время исследования, и васкуляризационно-поточковый индекс (VFI), который, по сути, является показателем артериальной перфузии органа. Нами было выявлено, что объём эндометрия (V), васкуляризационный и васкуляризационно-поточковые индексы эндометрия были выше в группе забеременевших. В первой группе эти параметры составили $V=3,32 \pm 0,08$ куб. см, $VI=2,92 \pm 0,10\%$, $VFI=1,63 \pm 0,07\%$; во второй группе — $4,44 \pm 0,12$, $VI=3,08 \pm 0,10\%$, $VFI=2,33 \pm 0,09\%$ ($p<0,05$). Напротив, потоковый индекс был достоверно выше у пациенток, у которых впоследствии беременность не наступила: $49,32 \pm 3,8\%$ в первой группе и $43,35 \pm 4,5\%$ во второй ($p<0,05$). То есть чем более интенсивным был кровоток в эндометрии, тем больший шанс был на наступление беременности у пациентки.

По результатам проведённого эндоскопического обследования матки была выявлена следующая структура внутриматочной патологии: гиперпластические процессы эндометрия были выявлены у 42 (19,7%) пациенток, железистые полипы эндометрия — у 70 (32,8%), признаки хронического эндометрита — у 61 (28,6%), сочетанная патология (хронический эндометрит с формированием гиперплазии и полипа эндометрия) — у 49 (23,0%). После проведённой гистероскопии и комплекса мер прегравидарной подготовки, направленной на восстановление функциональной способности эндометрия, беременность наступила у 98 пациенток, имевших ранее внутриматочную патологию. Единичные внутриматочные синехии были выявлены у 23 пациенток (10,7%), грубый спаечный процесс в полости матки с полной её облитерацией был выявлен в семи наблюдениях. После рассечения внутриматочных синехий беременность наступила у 22 (73,3%) пациенток.

Таким образом, у пациенток с наступившей беременностью были выявлены большая толщина М-эхо, объём эндометрия, васкуляризационный и васкуляризационно-поточковые индексы; напротив, потоковый индекс был ниже. У пациенток с бесплодием и привычным невынашиванием беременности в высоком проценте наблюдений выявляется внутриматочная патология.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЯМИ ГЕМОСТАЗА

Казаковцева С.Б., канд. мед. наук, зав.
гинекологическим отделением;
Ненаркомова Н.Б., врач акушер-гинеколог².

¹Центр преемственных и неотложных состояний
Центрального военного госпиталя им. П.В. Мандрыка
Минобороны России;

²больница с поликлиникой Управления делами
Президента РФ.

E-mail: kazakovtseva@mail.ru; тел.: +7 (985) 774 4748.

Ретроспективный анализ ведения беременности у 28 пациенток с нарушениями гемостаза. Обозначены показания для проведения генетических и гемостазиологических исследований. Указана роль своевременной терапии низкомолекулярными гепаринами в профилактике акушерских осложнений.

A retrospective analysis of pregnancy management in 28 patients with hemostatic disorders. The article marks the indications for genetic and hemostasiological studies. The role of timely therapy with low molecular weight heparins in the prevention of obstetric complications is also indicated.

Тромбофилия как интегральный фактор риска выявлена у абсолютного большинства пациенток с отягощённым акушерским анамнезом: с синдромом потери плода, с преэклампсией и эклампсией, с острыми сосудистыми нарушениями (тромбозы, тромбоэмболии, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты), с патологическими послеродовыми кровотечениями. Накопленные с 90-х гг. прошлого века клинические данные и анализ многоцентровых исследований показывают, что в структуре тромбофилии преобладают мультигенные формы. Сочетание антифосфолипидного синдрома с одной или несколькими гомозиготными формами (MTHFR C677T или мутация FV Leiden) генетической тромбофилии является наиболее неблагоприятным фактором риска развития основных осложнений беременности. У пациенток с полиморфизмом *PAI-1 4G/4G* и *PAI-1 4G/5G* чаще всего отмечался синдром потери плода. При обследовании пациенток с эклампсией и преэклампсией наиболее часто выявлялись мутация MTHFR C677T, полиморфизм гена *PAI-1 4G/4G*, полиморфизм АПФ 1/D, а также полиморфизм тромбоцитарных рецепторов GPIIa и GPIa. У беременных с острыми сосудистыми расстройствами были выявлены сочетания мутации FV Leiden и полиморфизма *PAI-1 4G/4G*. За период с 2015 по 2018 год в ФГБУ «Больница с поликлиникой» УДП РФ наблюдалось по беременности 256 пациенток. В процессе сбора личного и семейного анамнеза, наблюдения за течением беременности, контроля анализов выявлено 14% беременных ($n=36$), которые составили группу риска по предрасположенности к нарушению гемостаза. Данным пациенткам проводилась консультация гематолога с последующим генетическим обследованием. Первым этапом формирования данной группы был сбор личного и семейного анамнеза. Таким образом, были выявлены пациентки с синдромом потери плода ($n=10$), с эклампсией и преэклампсией ($n=8$), с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты ($n=2$), с кровотечением в раннем послеродовом периоде ($n=2$), а также с отягощённым личным/семейным тромботическим анамнезом (в том числе инфаркты, инсульты, тромбозы у пациенток и близких родственников, осложнение при беременности у матерей пациенток, тромбозы на фоне



Под редакцией
В.Е. Радзинского, М.Р. Оразова

Самые сложные вопросы об эндометриозе и связанном с ним бесплодии в формате «версии и контраргументы» – наиболее эффективном для осмысления новой научной информации! Практические рекомендации по диагностике и лечению для реализации репродуктивной функции пациентки.

Авторы: А.В. Соловьёва, В.Г. Стуров и соавт.
Под редакцией В.Е. Радзинского

В книге изложены современные представления об анемии, распространённости различных видов этого заболевания и их влиянии на состояние репродуктивной системы женщин, а также допустимый для акушеров-гинекологов функционал в преодолении анемии (Приказ №572н).



Авторы: Т.Н. Бебнева, С.И. Петренко
Под редакцией В.Е. Радзинского

Краткий, но максимально полный курс кольпоскопии, путеводитель для врача, созданный ведущими отечественными экспертами! Атлас содержит более 250 фотографий, образцы заполнения протоколов исследования и разборы реальных клинических случаев.



Как купить

- Онлайн на сайте praesens.ru в разделе «Книги»
- На мероприятиях StatusPraesens

✉ ig@praesens.ru

☎ +7 (499) 346 3902, доб. 503, 514

🌐 praesens.ru

f [stpraesens](https://www.facebook.com/stpraesens)

vk [praesens](https://vk.com/praesens)

📷 [statuspraesens](https://www.instagram.com/statuspraesens)

* Стоимость книги с доставкой по России — 1300 руб.

** Стоимость книги с доставкой по России — 2100 руб.

Цены действительны до 31 декабря 2020 года.

ЗГТ или КОК) (n=14). Следующим этапом диагностики являлось получение данных скринингового исследования гемостазиограммы. При этом учитывались следующие показатели: АЧТВ, тромбиновое время, фибриноген, протромбин, антипротромбин III, протеин С, протеин S, D-димер. В отличие от оценки системы протеина С, D-димера, тромбин-антипротромбинового комплекса (ТАТ), другие тесты, такие как АЧТВ, протромбиновое время, тромбиновое время, в абсолютном большинстве случаев оказались в пределах нормы и были малоинформативны для диагностики тромбофилии. При подозрении на наличие скрытой тромбофилии исследованиями «первой линии» являются: антифосфолипидные антитела (ВА, аНТН); мутация FV Leiden; мутация протромбина G20210A; мутация MTHFR C677T. Исследования «второй линии»: полиморфизм PAI-1 4G/5G; полиморфизм рецепторов тромбозитов GPIa 807C/T, GPIIb 1565 T/C; полиморфизм ангиотензин-превращающего фермента I/D; полиморфизм рецептора к ангиотензину III типа 1166A/C; полиморфизм фибриногена 455G/A. Эффективная профилактика осложнений беременности, обусловленных разными формами тромбофилии, возможна при условии раннего начала и использования её в течение всего гестационного срока. Идеально, если профилактическое лечение начато в рамках прегравидарной подготовки. В фертильном цикле проводилось комплексное лечение с использованием витамина Е; полиненасыщенных жирных кислот (омега-3); фолиевой кислоты не менее 1 мг (при мутации MTHFR C677T не менее 4 мг); витаминов В₆, В₁₂ при MTHFR C677T и гипергомоцистеинемии; аспирин 50–75 мг 1 раз в сутки; низкомолекулярных гепаринов (НМГ) в профилактических дозах (при условии высокого уровня ТАТ и/или D-димера). В I триместре беременности терапия продолжалась, проводилась коррекция дозы НМГ. Во II и III триместрах беременности назначались препараты железа, кальцы (по необходимости), осуществлялась коррекция дозы с учётом данных результатов ТАТ, D-димера, УЗИ, доплерометрии. В послеродовом периоде НМГ продолжались курсом не менее 10 дней в профилактических дозах. Из общего числа пациенток (n=36) беременность закончилась своевременными неосложнёнными родами у 32. У трёх пациенток роды произошли на сроке 23–30 нед (дети с низкой и экстремально низкой массой тела), и у одной пациентки на сроке 34 нед произошла отслойка нормально расположенной плаценты. Следует помнить о необходимости использования молекулярных маркёров тромбофилии (комплексов ТАТ, D-димера) в процессе ведения беременности, родов, послеродового и послеоперационного периодов. Безопасное и эффективное использование НМГ у беременных и в послеродовом периоде подразумевает наличие не только показаний, но и условий для их применения. Основными условиями для безопасного применения антикоагулянтов в акушерстве являются: отсутствие большой раневой поверхности; отсутствие кровотечения; полноценный хирургический гемостаз. Таким образом, использование алгоритма обследования пациенток с учётом патогенетической роли тромбофилии в акушерской патологии, своевременное консультирование таких пациенток, патогенетически обоснованная профилактика с применением низкомолекулярных гепаринов, витаминов и антиоксидантов в группах риска позволяет не только улучшить исходы беременности

и перинатальные показатели, но и снизить риск тромбозов и тромбоземболий.

Литература

1. Баймурадова С.М. Патогенез, принципы диагностики, профилактики и терапии синдрома потери плода, обусловленного приобретёнными и генетическими дефектами гемостаза: Дис. ... докт. мед. наук. — М., 2007. — 396 с.
2. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Акиншина С.В. Тромбоз и тромбоземболии в акушерско-гинекологической практике. — М., 2007. — 151 с.
3. Мозговая Е.В. Диагностика и медикаментозная коррекция эндотелиальной дисфункции при гестозе: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 2004. — 40 с.
4. Печерина Л.В. Эффективность низкомолекулярных гепаринов в комплексной терапии гестоза: автореф. Дис. ... канд. мед. наук / Л.В. Печерина. СПб., 2004. 24 с.
5. Савельева Г.М. Некоторые актуальные вопросы акушерства. Современные подходы // *Мать и дитя: Материалы VII Российского форума*. — М., 2005. — С. 222–223.
6. Халфорд-Князева И.П., Радзинский В.Е., Самоходская Л.М., Яровая Е.Б. Генетические маркёры прогнозирования преэклампсии // *Доктор.ру. Гинекология*. — 2013. — №7 (85). — С. 58–66.
7. Different levels of platelet activation in preeclamptic, normotensive pregnant, and nonpregnant women / M.R. Holthe, A.C. Staff, L.N. Berge, T. Lyberg // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2004. — Vol. 190. — №4. — P. 1128–1134.
8. Hellgren M. Hemostasis during normal pregnancy and puerperium // *Semin. Thromb. Hemostasis*. — 2003. — Vol. 29. — №2. — P. 125–130.
9. Maternal and fetal genetic factors account for most of familial aggregation of preeclampsia: a population-based Swedish cohort study / S. Cnattingius, M. Reilly, Y. Pawitan, P. Lichtenstein // *Am. J. Med. Genet. A*. — 2004. — Vol. 130. — №4. — P. 365–371.
10. Polymorphisms of thrombophilic and vasoactive genes (and severe preeclampsia: a pilot study / C.B. Tempfer, S. Jirecek, E.K. Riener, H. Zeisler, D. Denschlag, L. Hefler, P.W. Husslein // *J. Soc. Gynecol. Investig.* — 2004. — Vol. 11. — №4. — P. 227–231.
11. Sibai B.M. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia / B.M. Sibai // *Obstet. Gynecol.* — 2005. — Vol. 105. — №2. — P. 402–410.

ФАКТ В ИСТОРИИ ВРТ: ПЕРВЫЕ В МИРЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ ЯЙЦЕКЛЕТОК ВНЕ ОРГАНИЗМА (КРЫМ, 1955–1966). МЕЖДУНАРОДНОЕ ПРИЗНАНИЕ

Литвинов В.В., канд. мед. наук,
врач акушер-гинеколог;
Сулима А.Н., докт. мед. наук., проф. кафедры
акушерства, гинекологии и перинатологии №21².

ООО «ЭКО Центр», клиника «АльтраВита»¹;

Крымская медицинская академия

им. С.И. Георгиевского².

E-mail: doctorlitvinov@mail.ru; тел.: +7 (985) 6952744.

Первая в мире публикация об исследованиях оплодотворения яйцеклеток человека вне организма появилась в 1955 г. (Г.Н. Петров). В 1966 г. на VII Всесоюзном съезде анатомов, гистологов, эмбриологов (Тбилиси, 1966) сделан вывод: «Данные говорят о возможности успешной трансплантации зародышей в матку после их культивирования в течение 2–3 дней вне организма». Международное признание отражено в монографии «ЭКО: история пионеров» Cambridge University Press, 2018).

The world's first publication on research on fertilization of human eggs outside the body appeared in 1955 (Petrov G.N.). In 1966, at the VII all-Union Congress of histologists and embryologists (Tbilisi, 1966), a conclusion was made: «The data suggest that it is possible to successfully transplant embryos into the uterus after they are cultured for 2–3 days outside the body.» International recognition is reflected in the monograph «ECO: History of Pioneers» (Publisher: Cambridge University Press, 2018).

Сегодня не вызывает сомнений приоритет в проведении экспериментальных исследований оплодотворения яйцеклетки и дробления эмбриона человека вне организма в России Г.Н. Петровым в середине 50-х гг. XX века. Под руководством профессора Б.П. Хватова (кафедра гистологии и эмбриологии) в Крымском медицинском институте с 1955 по 1966 год проведены уникальные работы, которые доказали возможность получать эмбрионы *in vitro* и переносить их в полость матки с целью решения вопросов бесплодия. Первая публикация об исследованиях появилась в сборнике тезисов докладов симпозиума института «К вопросу об оплодотворении и дроблении яйцевой клетки человека» (Петров, 1955). Подробная статья — в журнале «Архив анатомии, гистологии и эмбриологии»: «Оплодотворение и первые стадии дробления яйца человека вне организма» (Г.Н. Петров. Ленинград, 1958). В 1959 г. Г.Н. Петров защитил диссертацию. На VII Всесоюзном съезде анатомов, гистологов, эмбриологов (1966) в докладе и опубликованных тезисах сделан вывод: «Данные об оплодотворении и дроблении яйцеклеток в искусственных условиях говорят о возможности успешной трансплантации зародышей в матку после их культивирования в течение 2–3 дней вне организма». Исследования Г.Н. Петрова — пионерские на рубеже середины 50-х гг. в этой области медицины. Они послужили началом для продолжения разработки методики с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). В 2013 г. на международных конференциях Украинской ассоциации репрод. медицины (УАРМ) (г. Львов) и «ЭКО: неординарная клиническая практика» (г. Екатеринбург) профессор Бруно Люненфельд (Израиль), основоположник применения менопаузальных гонадотропинов, назвал Г.Н. Петрова: «Пионер культивирования эмбрионов в течение 2–3 дней и успешного переноса в матку». К 40-летию рождения первого ребёнка в мире с применением технологии ВРТ вышла монография «ЭКО:

история пионеров» (Cambridge University Press, 2018) под редакцией Г. Ковакс и соавт. (Мельбурн, Австралия). В источнике освещены достижения в области ВРТ в каждой стране на рубеже 50–80-х гг. XX века. 21-я глава посвящена России. Фрагмент дословного перевода: «С 1955 по 1959 год Г.Н. Петров в Крымском государственном медицинском институте в Симферополе исследовал оплодотворение яйцеклеток человека, полученных из яичников женщин, которые удалялись в связи с гинекологическими заболеваниями». Первая публикация была в июне 1955 г. в сборнике тезисов докладов симпозиума института: «К вопросу об оплодотворении и дроблении яйцевой клетки человека». Первая подробная статья о результатах исследования опубликована в 1958 г.: «Об оплодотворении и стадиях дробления яйцеклетки человека вне организма». В 1959 г. Г.Н. Петров защитил диссертацию «Процесс оплодотворения яйцеклеток некоторых млекопитающих и человека». Ещё одно признание исследований нашего соотечественника на международном уровне произошло в 2010 г., во время присуждения Нобелевской премии по физиологии и медицине Роберту Эдвардсу «за разработку технологии ЭКО». В Нобелевской лекции 7 декабря 2010 г. «Роберт Эдвардс: Нобелевский лауреат по физиологии и медицине» его коллега М. Джонсон приводил все известные исследования, опубликованные в медицинских изданиях, посвящённые оплодотворению яйцеклетки человека вне организма. Ссылки на работы Г.Н. Петрова 1958 и 1964 гг. упоминаются одними из первых. 14 февраля 2019 г. на здании центрального корпуса Крымской медицинской академии открыта мемориальная доска, на которой начертано: «В Крымском медицинском институте в 1955 г. впервые в мире Б.П. Хватовым (1902–1975), Г.Н. Петровым (1925–1997), И.А. Брусилоским (1921–1985) было осуществлено экстракорпоральное оплодотворение яйцеклетки человека». Именно наши учёные стояли у истоков разработки самого революционного метода лечения бесплодия в мире — ЭКО. История расставила все точки над *i*.

Литература

1. Петров Г.Н. К вопросу об оплодотворении и дроблении яйцевой клетки человека // Труды Крымского мединститута. — 1955. — С. 14–15.
2. Петров Г.Н. Оплодотворение и первые стадии дробления яйца человека вне организма // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. — 1958. — Т. XXXV. — №1. — С. 88–91.
3. Петров Г.Н. Процесс оплодотворения вне организма яйцеклеток некоторых млекопитающих животных и человека: Дис. ... канд. мед. наук. — Симферополь, 1959. 182 с.
4. Петров Г.Н., Королёв В.А. Явление денудации при оплодотворении яйцеклеток у некоторых млекопитающих и человека // Общая биология. — 1964. — Т. XXV. №1. — С. 41–44.
5. Kovacs G. et al. In Vitro Fertilization: The Pioneers History. — Cambridge University Press. — 2018. — С. 172–173.

НАРУШЕНИЕ РАБОТЫ КИШЕЧНИКА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ. ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Логутова Л.С., докт. мед. наук, проф., ведущий научный сотрудник учебно-методического отдела;

Новикова С.В., докт. мед. наук, руководитель акушерского наблюдательного отделения;

Дальниковская Л.А., аспирант акушерского наблюдательного отделения.

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии.

E-mail: lidialogutova@mail.ru;

тел.: +7 (916) 109 0954.

Основными факторами, способствующими развитию запоров во время беременности, являются гиподинамия, побочное действие лекарственных средств, сдавление кишечника беременной маткой, неправильное питание. При угрозе прерывания беременности или преждевременных родов врач не может рекомендовать женщине повысить физическую активность, отменить приём гестагенов или токолитиков, которые чаще всего являются причиной запоров. В подобных случаях для лечения запоров требуется применение медикаментозных препаратов.

The main factors contributing to the development of constipation during pregnancy are hypodynamia, side effects of medications, compression of the intestines by the pregnant uterus, improper nutrition. If there is a threat of termination of pregnancy or premature birth, the doctor can not recommend that a woman increase physical activity or stop taking of gestagens or tocolytics, which most often cause constipation. In such cases, the use of medication is required to treat constipation.

По данным разных авторов, самой частой причиной патологии кишечника при беременности являются запоры и встречаются они в 25–40% наблюдений^{1,2}. При наличии угрозы прерывания беременности применяются как гестагены, так и токолитические препараты, оказывающие в разные гестационные сроки релаксирующее действие на гладкую мускулатуру в организме беременной женщины³. Одним из наиболее частых побочных эффектов токолитической терапии является запор. По данным О.В. Яковлевой, частота этого осложнения достигает 68,8%⁴. Рекомендовать женщине изменить образ жизни на более активный и отменить приём токолитических средств и гестагенов при беременности, осложнённой угрозой прерывания или преждевременных родов, невозможно. А коррекция рациона питания не всегда эффективна. В связи с вышесказанным подбор медикаментозной терапии запоров остаётся актуальной проблемой.

Цель данного исследования — изучить эффективность и безопасность применения клизмы «Энема Клини» для лечения эпизодических запоров у беременных женщин с признаками угрозы прерывания беременности

или преждевременных родов. В проведённом исследовании приняли участие 76 беременных женщин в возрасте от 21 до 36 лет, в сроке гестации 9–28 недель, которым проводилось стационарное лечение, направленное на пролонгирование беременности. В основную группу вошли 42 пациентки, которые применяли клизму «Энема Клини» с целью лечения эпизодических запоров во время беременности. В контрольную группу вошли 34 женщины, которым клизма не назначалась. Ни в одном наблюдении при использовании изделия «Энема Клини» не было выявлено осложнений течения беременности, связанных с применением препарата, в том числе не было негативного воздействия на течение беременности с клиническими признаками угрозы её прерывания или преждевременных родов. В ходе проведённого исследования выяснилось, что частота преждевременных родов среди женщин, применявших клизму «Энема Клини», составляет 7,1%, в то время как в контрольной группе преждевременно родили 11,8%. Инфекции влагалища у женщин с угрозой прерывания беременности и/или преждевременных родов при использовании клизмы выявлены у 52,4% пациенток против 67,6% в контрольной группе. Частота присоединения фетоплацентарной недостаточности в основной и контрольной группах значимо не отличалась (23,8 и 26,5% соответственно), так же как и частота развития аномалий родовой деятельности (11,9 и 11,8% соответственно). Оценка состояния новорождённых по шкале Апгар выше в группе женщин, применявших исследуемый препарат. В контрольной группе родилось больше детей с признаками гипоксии и у одного ребёнка были признаки внутриутробной инфекции. Для лечения эпизодических запоров у женщин с беременностью, осложнённой угрозой прерывания или преждевременных родов, помимо общепринятых мер, направленных на коррекцию рациона питания, возможно применение и слабительных средств. Препаратом выбора является средство «Энема Клини», которое обладает мягким эффектом опорожнения кишечника, за счёт чего избавляет женщин от страха натуживания во время акта дефекации, не вызывает нежелательных побочных эффектов и не влияет на течение беременности. В ходе данного исследования не было зафиксировано негативных перинатальных исходов, связанных с применением препарата. Было установлено, что препарат «Энема Клини» можно безопасно применять для лечения эпизодических запоров у женщин при беременности, осложнённой угрозой прерывания или преждевременных родов.

Литература

1. Ponce J., Martínez B., Fernández A. et al. Constipation during pregnancy: a longitudinal survey based on self-reported symptoms and the Rome II criteria. // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2008. №20. — P. 56–61.
2. Якунина Н.А., Зайдиева З.С. Профилактика и лечение запора при беременности // *Русский медицинский журнал.* — 2006. — Т. 14. — №1 (253). — С. 6–8. [Yakunina N.A., Zaidieva Z.S. Prevention and treatment of constipation during pregnancy // *Russkij medicinskij zhurnal.* — 2006. — V. 14. — №1 (253). — P. 6–8.]
3. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств / Под ред. А.Г. Чучалина, Ю.Б. Белоусова, В.В. Яснецова. Вып. XI. — М., Эко. 2010. 944 с. [Federal guidelines for the use of medicines. Pod. red A.G. Chuchalina, Yu.B. Belousova, V.V. Yasnezova. Release XI. Moscow: e`xo. — 2010. — 944 p.]

4. Яковлева О.В. Осложнения при проведении токолиза в 22–27 недель беременности / ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России // Бюллетень медицинских интернет-конференций (ISSN2224–6150). — 2012. — Т. 2. — №12. — С. 981–983.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ

Матейкович Е.А., канд. мед. наук, доц. кафедры.
Тюменский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии.
E-mail: mat-maxim@yandex.ru;
тел.: +7 (908) 873.3552.

Проведён ретроспективный анализ 152 историй родов пациенток с гестационным сахарным диабетом (ГСД). Согласно полученным данным, средний возраст рожениц с ГСД более 30 лет (СІ 31,0–33,6), для подавляющего большинства из них характерна избыточная масса тела, частота ожирения III степени (ИМТ \geq 40 кг/м²) составляет 11,2% (СІ 3,1–19,3%). Средний вес новорождённых составил 3475 \pm 154 г, частота макросомии 23,0% (СІ 12,1–33,9%). Средняя оценка новорождённых по шкале Апгар менее 8 баллов (7,88 \pm 0,26), Апгар <7 баллов — у 7,9% новорождённых (СІ 0,8–15,0%).

A retrospective analysis of 152 childbirth histories of patients with gestational diabetes mellitus (GDM) was performed. According to the data obtained, the average age of women in labor with GDM is more than 30 years (CI 31.0–33.6), the vast majority of them are overweight, the frequency of obesity is III degree (BMI \geq 40 kg/m²) is 11.2% (CI 3.1–19.3%). The average weight of newborns was 3475 \pm 154 g, the macrosomia rate was 23.0% (CI 12.1–33.9%). The average score for newborns on the Apgar scale is less than 8 points (7.88 \pm 0.26), Apgar <7 points in 7.9% of newborns (CI 0.8–15.0%).

Работа выполнена при поддержке РФФИ, проект №19–011–00316.

По данным Всемирной организации здравоохранения, опубликованным в 2018 г., осложнения, возникшие во время беременности и родов или в послеродовой период, ежедневно являются причиной смерти 800 женщин и 7700 новорождённых¹. В структуре причин материнской и перинатальной смертности в развитых странах, включая Российскую Федерацию, выходят не прямые причины, прежде всего экстрагенитальные заболевания².

Практически все развитые страны сталкиваются с ненадлежащим вниманием к соматической патологии беременных, особенно на догоспитальном этапе. Согласно проведённому в США ретроспективному когортному исследованию более 11 тыс. беременных, только 12,5% пациенток проходят ранний скрининг на ГСД.

У беременных с ожирением III степени данный показатель выше (48,6%), однако всё равно не достигает даже половины наблюдаемых женщин³. Между тем многочисленные исследования показывают значительный (более чем в 2 раза) рост частоты сахарного диабета у беременных за прошедшие 20 лет⁴.

Цель исследования — изучить течение родов у женщин с ГСД, проанализировать исходы, систематизировать возникающие осложнения. В нашем исследовании были проанализированы 152 клинических случая (2017–2019). Критерии включения: гестационный сахарный диабет, в том числе инсулинопотребный. Критерии исключения: многоплодная беременность, зачатие с помощью процедуры ЭКО, заражение ВИЧ, вирусом гепатита В или С, артериальная гипертензия в качестве сопутствующей соматической патологии.

Средний возраст беременных 32,3 года (95% СІ 31,0–33,6), более половины из которых (77) первородящие. Для подавляющего большинства рожениц характерны избыточная масса тела (ИМТ 25,0–29,9 кг/м²) — 71 (46,7%; 95% СІ 33,9–59,5%), ожирение I степени (ИМТ 30,0–34,9 кг/м²) — 29 (19,1%; 95% СІ 9,0–29,2%), ожирение II степени (ИМТ 35,0–39,9 кг/м²) — 22 (14,5%; 95% СІ 5,5–23,5%), ожирение III степени (ИМТ \geq 40 кг/м²) — 17 (11,2%; 95% СІ 3,1–19,3%). Женщины с дефицитом массы тела в когорте вообще не встречались.

К основной сопутствующей патологии относятся: гипотиреоз — 44, или 28,9% (95% СІ 17,3–40,5%), инфекции мочевых путей — восемь, или 5,3% (95% СІ 0,3–10,3%), анемия лёгкой степени — 81, или 53,3% (95% СІ 40,5–66,1), анемия средней степени — 17, или 11,2% (95% СІ 3,1–19,3%), артериальная гипертензия — 22, или 14,5% (95% СІ 6,5–23,5%), преэклампсия — пять, или 3,3% (95% СІ 0,9–5,7%).

Средний гестационный возраст новорождённых составил 38,5 \pm 0,3 года, средний вес — 3475 \pm 154 г, средняя оценка по шкале Апгар в конце 5-й минуты не достигла 8 баллов — 7,88 \pm 0,26.

Неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов в виде материнской и перинатальной смертности в когорте не выявлено. К иным неблагоприятным и потенциально неблагоприятным исходам относятся: первичное кесарево сечение — 62 случая, 40,8% (95% СІ 28,1–53,5%), эпизиотомия — семь случаев, 4,6% (95% СІ 0,5–8,7%), травма промежности, шейки матки — 45 случаев, 29,6% (95% СІ 17,8–41,4), кровопотеря >500 мл — 65 случаев, 43,0% (95% СІ 30,2–55,8%), кровопотеря >1500 мл — три случая, 2%.

К неблагоприятным или потенциально неблагоприятным младенческим исходам относятся вес новорождённого ниже 10-го центиля — 27 случаев, 17,8% (95% СІ 7,9–27,7%), вес новорождённого выше 90-го центиля — 35 случаев, 23,0% (95% СІ 12,1–33,9%), преждевременные роды до 37 нед — 12 случаев, 7,9% (95% СІ 0,8–15,0%), дистоция плечиков — 3 случая, 2,0%, оценка по шкале Апгар <7 баллов в 5 мин — 12 случаев, или 7,9% (95% СІ 0,8–15,0%).

Выводы. 1. Исследования, проведённые в течение двух последних десятилетий, подтверждают необходимость уделять самое пристальное внимание гипергликемическим нарушениям у беременных с целью снижения риска неблагоприятных перинатальных исходов. 2. Необходимо проведение дальнейших исследований, связанных с оценкой шансов различных материнских

и младенческих исходов у пациенток с ГСД в сравнении с иной соматической патологией, контрольной группой.

3. Ненадлежащее обследование на предмет ГСД на амбулаторном этапе является существенным дефектом оказания акушерско-гинекологической помощи, так как существенно повышает риск серьёзных неблагоприятных исходов родовспоможения.

Литература

1. Стандарты повышения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорождённым в лечебных учреждениях. — Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018. — Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Здравоохранение в России. 2019: Стат. сб. — Росстат. — М. — 2019. — 170 с.
3. Novak C.M., Graham E.M. *Obstetric management, tests, and technologies that impact childhood development // Dev Med Child Neurol.* — 2019. — Jan 28.
4. Feig D.S., Hwee J., Shah B.R. et al. *Trends in incidence of diabetes in pregnancy and serious perinatal outcomes: a large, population-based study in Ontario, Canada, 1996–2010 // Diabetes Care.* — 2014; 37(6)2014. — Vol. 37. — №6. — P. 1590–1596.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ В ГЕНЕЗЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Мединский Д.Б., зав. отделением;
Давыдова И.З., врач акушер-гинеколог;
Савельева И.В., врач акушер-гинеколог;
Мандрыкина Ю.Д., врач акушер-гинеколог.
Александр-Мариинская областная
клиническая больница Астраханской области;
Астраханский областной перинатальный центр,
отделение патологии беременных.
E-mail: m_denis1985@bk.ru;
тел.: +7 (903) 378 8804.

В последнее время особое внимание врачей акушеров-гинекологов привлекает роль хронического эндометрита в генезе невынашивания беременности. Причём его проявления могут быть причиной как ранних самопроизвольных выкидышей, так и преждевременного излития околоплодных вод, хориоамнионита, истмико-цервикальной недостаточности и, как следствие, увеличения перинатальной смертности.

Recently, the role of chronic endometritis in the genesis of miscarriage has attracted special attention of obstetrician-gynecologists. Signs of its occurrence can be such as early spontaneous miscarriages, as well as with manifestations of amniotic fluid, chorioamnionitis, isthmic-cervical insufficiency and, as a consequence, increased perinatal mortality

Ряд современных исследователей указывает на то, что хронический эндометрит (ХЭ) является одной из основных причин развития привычного невынашивания беременности. На данный момент нет скринирующих

методов исследования, способных достоверно выделить группу риска женщин по наличию ХЭ и развитию его осложнений при беременности. Поэтому современная медицина нуждается в создании новых методов обследования таких пациенток, которые дали бы возможность в короткие сроки и с минимальными материальными затратами и высокой диагностической точностью определять причины, вызывающие репродуктивные потери [1, 2].

Исследование проводилось на базе отделения патологии беременных областного перинатального центра ГБУЗ АМОКБ в период 2019–2020 гг. Была проанализирована 31 пациентка с преждевременными родами в анамнезе. На момент исследования срок беременности колебался от 22 до 36 нед. 12 пациенток на этапе планирования беременности обратились к врачу акушеру-гинекологу с целью прегравидарной подготовки. У 67% пациенток по результатам гистологического исследования эндометрия, полученного путём пайпель-биопсии, был верифицирован ХЭ. Все пациентки получили антибактериальную терапию и реабилитацию с использованием циклической гормонотерапии и физиотерапии. На момент госпитализации ни у одной из описанных пациенток не было выявлено угрозы преждевременных родов, впоследствии беременность закончилась родоразрешением на доношенном сроке живым здоровым плодом. При гистологическом исследовании плаценты признаков воспалительных изменений выявлено не было.

При анализе течения гестации пациенток, которые не обращались в женскую консультацию при планировании беременности и не получали противовоспалительной терапии (19 женщин), у семи пациенток текущая беременность закончилась преждевременными родами в сроках от 23 до 34 нед. При гистологическом исследовании последа у восьми пациенток (42%) из 19 исследуемых были выявлены признаки плацентита и хориоамнионита, причём наиболее выраженные проявления были у пациенток с потерями беременности на фоне преждевременного излития вод в сроках 22–32 нед беременности.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости прегравидарной подготовки всем планирующим семейным парам, а особенно пациенткам с уже неудачными исходами предыдущих беременностей. Это необходимо для своевременного выявления возможных причин невынашивания и проведения противовоспалительной терапии и реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Тишкова О.Г., Дикарёва Л.В., Аюпова А.К. и др. *Способ прогнозирования неразвивающейся беременности. Патент на изобретение RU2540499 C1, 10.02.2015. Заявка №2013141679/15 от 10 сентября 2013 года.*
2. Зоева А.Р. *Клинико-диагностическое значение маркёров биологических жидкостей при аномальных маточных кровотечениях у пациенток с хроническим эндометритом: Автореф. дис. канд. мед. наук. — Волгоград: Волгогр. гос. мед. ун-т, 2016.*

Онлайн-школы от StatusPraesens — это интенсивное и глубокое погружение в тему, звёздные спикеры международного уровня, качественный разбор клинических рекомендаций, международных гайдлайнов и реальных кейсов.

БЛИЖАЙШИЕ ОНЛАЙН-ШКОЛЫ

21–24 сентября

Цикл общероссийских школ
«Интенсив по эндокринной гинекологии:
степени мастерства» Ступень 1
(платное участие)

10 октября

Школа критического мышления
«Клинические рекомендации
в акушерстве и гинекологии:
вопросы практического внедрения»
(бесплатное участие)

19–21 октября

Интенсив для акушеров-гинекологов
«Невынашивание и бесплодие:
школа преодоления»
(платное участие)

22–24 октября

Международная школа-интенсив
«УЗИ в практике акушера-гинеколога:
от основ к высотам» Ступень 4
(платное участие)

СЕНТЯБРЬ					ОКТАБРЬ						
Пн	6	13	20	27	Пн	4	11	18	25		
Вт	7	14	21	28	Вт	5	12	19	26		
Ср	1	8	15	22	29	Ср	6	13	20	27	
Чт	2	9	16	23	30	Чт	7	14	21	28	
Пт	3	10	17	24		Пт	1	8	15	22	29
Сб	4	11	18	25		Сб	2	9	16	23	30
Вс	5	12	19	26		Вс	3	10	17	24	31

26–27 октября

Школа юридической
самообороны врача
(платное участие)

2–3 ноября

Общероссийская школа-интенсив
«Гинекология детского, подросткового
и юношеского возраста»
(платное участие)

НОЯБРЬ					ДЕКАБРЬ						
Пн	1	8	15	22	29	Пн	6	13	20	27	
Вт	2	9	16	23	30	Вт	7	14	21	28	
Ср	3	10	17	24		Ср	1	8	15	22	29
Чт	4	11	18	25		Чт	2	9	16	23	30
Пт	5	12	19	26		Пт	3	10	17	24	31
Сб	6	13	20	27		Сб	4	11	18	25	
Вс	7	14	21	28		Вс	5	12	19	26	

16–18 ноября

Интенсив «ANTI-AGEING:
здоровье, эстетика, сексуальность.
От системной терапии к эстетическому
результату и активному долголетию»
(платное участие)

23–25 ноября

Цикл общероссийских школ
«Интенсив по эндокринной гинекологии:
степени мастерства» Ступень 3
(платное участие)

1–3 декабря

Школа-интенсив «Эндометрий.
Контраверсии клинической практики»
с мастер-классом по гистероскопии
(платное участие)

8–9 декабря

«Школа критического мышления.
Вагинальные инфекции:
лечить или излечивать?»
(бесплатное участие)

13 октября, 10 ноября, 15 декабря

Научно-практическая школа-интенсив
«Доказательное акушерство. XXI век»
(платное участие)

АДАПТАЦИОННЫЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Неклюдова А.В., аспирант кафедры;
Андреева М.В., докт. мед. наук, проф. кафедры;
Волгоградский государственный медицинский
университет, кафедра акушерства и гинекологии.
E-mail: anekludova13@gmail.com;
тел.: +7 (937) 720 7137.

Обследование 51 родильницы после операции кесарева сечения выявило высокую частоту нарушений общей и психической адаптации их организма. Следовательно, разработка новых методов профилактики, повышающих адаптационные и психические возможности женщин после оперативного родоразрешения, является актуальной на сегодняшний день.

Examination of 51 puerperas after cesarean section revealed a high frequency of disorders of the general and mental adaptation of their body. Therefore, the development of new methods of prevention that increase the adaptive and mental capabilities of women after surgical delivery is relevant today.

В последние годы в России идёт интенсивное развитие перинатального акушерства. Основным принципом перинатального акушерства заключается в обеспечении здоровья матери, плода и новорождённого^{1,2}.

В современном мире инструментом, который позволяет сохранить здоровье матери и ребёнку, стало кесарево сечение (КС). Известно, что абдоминальное родоразрешение не является физиологическим для женского организма. Оно оказывает глубокое повреждающее влияние на здоровье женщины²⁻⁴.

Учитывая вышеизложенное, изучение адаптационных возможностей организма и психоэмоционального статуса родильниц после операции кесарева сечения является актуальным в настоящее время.

Цель исследования — изучить особенности адаптационных возможностей организма и психоэмоционального статуса родильниц после КС в раннем послеоперационном периоде.

Обследована 51 родильница после КС в соответствии с Приказом МЗ РФ №572н на базе родовспомогательного учреждения Волгоградско-Волжского региона (верное географическое название?).

При изучении возрастного состава обследованных выявлено, что большинство женщин были старше 30 лет (54,9%).

Показатели соматического и акушерско-гинекологического анамнеза свидетельствовали, что у пациенток на 1-м месте была экстрагенитальная патология (86%), на 2-м — гинекологические заболевания (63%), на 3-м — искусственные аборты (27,2%). Течение беременности у пациенток осложнилось ОРВИ (55%), анемией (46,3%), угрозой преждевременных родов (34,5%). Показанием

для оперативного вмешательства чаще всего был несостоятельный рубец на матке после одной/нескольких операций кесарева сечения (43,1%).

Нами изучены адаптационные возможности родильниц в раннем послеоперационном периоде. У большинства из них (95,1%) выявлены нарушения процессов адаптации, в основном в виде срыва адаптации (78,2%) и неудовлетворительной адаптации (14,3%).

Изучение личностных особенностей у родильниц в послеоперационном периоде обнаружило устойчивый психоэмоциональный статус в 27,3% случаев. Наиболее характерными чертами их личности были уравновешенность, гибкость психики, полная социальная адаптация.

Но у 62,5% родильниц после КС выявлено астеноvegetорическое состояние. Эти пациентки отличались высокой возбудимостью в сочетании с быстрой утомляемостью. Характерными для них являлись эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность.

Ипохондрическое состояние установлено у 10,2% пациенток. Они страдали неуверенностью в себе, высокой тревожностью, постоянным самоанализом, чрезмерным страхом за своё здоровье и здоровье своего ребёнка.

Таким образом, учитывая выявленную нами высокую частоту нарушений общей и психической адаптации у родильниц после операции КС, необходимо разработать новые методы профилактики осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Литература

1. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 986 с.
2. Акушерство: Учебник / Под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 954 с.
3. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология (протоколы лечения) / Под ред. Л.В. Адамян, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, О.С. Филиппова. — Медиа Сфера, 2016. — С. 33.
4. Неклюдова А.В. Кесарево сечение. Современные возможности профилактики послеоперационных осложнений / А.В. Неклюдова, М.В. Андреева // Альманах-2018-1. / Под науч. ред. проф. Г.К. Лобачёвой. — Волгоград, 2018. — С. 222–226.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У БЕРЕМЕННОЙ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ ГЕСТАЦИИ

*Новгородова У.Р., врач акушер-гинеколог,
врач-методист;*

*Донская Д.Д., зам. главного врача по акушерству
и гинекологии;*

*Шек Л.А., зав. акушерско-физиологическим
отделением.*

Якутская республиканская клиническая больница,
перинатальный центр.

E-mail: novgorodova-1959@mail.ru;

тел.: +7 (914) 270 5866.

**Клинический случай, зарегистрированный в ПЦ
ГБУ РС(Я) «ЯРКБ», наглядно продемонстрировал**

необходимость выполнения постановления главного государственного санитарного врача РФ от 5 февраля 2018 г. №12 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3525–18 "Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая" (пункт 7.2) с целью исключения случаев заболевания ветряной оспой среди беременных»¹.

The clinical case registered in the Perinatal Center Republican Clinical Hospital clearly demonstrated the need to comply with the Resolution of the Chief State Sanitary Doctor of the Russian Federation dated February 5, 2018 No. 12 «On the approval of sanitary and epidemiological rules SP 3.1.3525–18 «Prevention of chickenpox and shingles» (paragraph 7.2) in order to exclude cases of chickenpox among pregnant women¹.

По литературным данным, пневмония встречается у 10–20% беременных с ветряной оспой и обычно протекает тем тяжелее, чем выше срок гестации. Случай ветряной оспы у беременной в позднем гестационном сроке с наложением двусторонней тотальной вирусной пневмонии тяжёлой степени, вирусно-бактериальной этиологии с поражением нервной системы, кожи, слизистых полностью подтвердил результаты множественных научных исследований. В данном клиническом случае срок и вид родоразрешения определялись индивидуально с учётом общего состояния пациентки, данных УЗИ плода и плаценты, КТГ-исследования плода, результатов клинических анализов. Родоразрешение в период виремии может вызвать тяжёлые осложнения. У матери возможны кровотечения, тромбоцитопения, ДВС и гепатит. Также возникает высокий риск развития ветряной оспы у новорождённого с высокой летальностью.

Клинический случай у беременной Д., поступившей в перинатальный центр ГБУ РС(Я) «ЯРКБ» с диагнозом «Беременность 38,1 нед. Головное предлежание. ОАА. Ветряная оспа, генерализованная форма тяжёлой степени с поражением нервной системы, кожи, слизистых. Внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония тяжёлой степени вирусно-бактериальной этиологии. Маловодие. ВУИ плода. Функциональные нарушения плода. Анемия лёгкой степени. Миопия 1-й ст. Хронический пиелонефрит, вне обострения. Поясничный остеохондроз».

В отделении проведено углублённое обследование согласно клиническим рекомендациям с использованием телемедицинской консультации (ТМК) с ведущим российским центром ФГБУ НМИЦАГиП им. В.Н. Кулакова МЗ РФ. Учитывая высокий перинатальный риск: ветряную оспу генерализованной формы тяжёлой степени с поражением нервной системы, кожи, слизистых; маловодие, ВУИ плода, функциональные нарушения плода, доношенный срок гестации, высокий риск перинатальных потерь, биологическую готовность родовых путей, было принято роды запрограммировать в дневное время. Роды закончились экстренной операцией кесарева сечения по показаниям со стороны плода. 25.03.2020 в 17 ч 03 мин родился мальчик весом 3580,0 г, ростом 55 см, общее состояние при рождении тяжёлое за счёт внутриутробной гипоксии, внутриутробного инфицирования. Результат иммунологического исследования от 27.03.2020 на антитела класса М (JgM) к вирусу ветряной оспы (*Varicella virus*) в крови отрицательный. На 6-е сутки у новорождённого появилась единичная везикулёзная сыпь на лице и на туловище. Выставлен диагноз

«неонатальная ветряная оспа, острое течение, период высыпаний». Назначена противовирусная терапия.

У родильницы только на 10-е сутки с момента госпитализации, постановки диагноза, проведённого массивного противовоспалительного, противовирусного, иммуномодулирующего, общеукрепляющего лечения отмечена стабилизация состояния.

Был рекомендован перевод в пульмонологическое отделение для продолжения лечения, от которого пациентка категорически отказалась.

Благодаря слаженной командной работе коллективов ПЦ ГБУ РС(Я) «ЯРКБ» и ФГБУ НМИЦАГиП им. В.Н. Кулакова МЗ РФ пациентка благополучно родоразрешена, выписана домой с ребёнком на 11-е сутки с рекомендациями на дальнейшее наблюдение, лечение, реабилитацию по месту жительства. Клинический случай ветряной оспы в условиях ПЦ ГБУ РС(Я) «ЯРКБ» подтвердил, что на современном этапе ветряная оспа перестала быть «детской» инфекцией. В настоящее время ветряная оспа, как и другие детские инфекции у беременных, протекает с развитием осложнений в крайне тяжёлой форме, также имеется высокий риск внутриутробного заражения плода.

Для уменьшения случаев ветряной оспы среди взрослого населения, в том числе среди женщин репродуктивного возраста, с риском внутриутробного заражения плода необходимо прегравидарное обследование иммунного статуса на антитела, в случае отсутствия антител показана вакцинация. Также необходимо продолжить работу по обязательной плановой вакцинации согласно национальному календарю профилактических прививок Российской Федерации.

Литература

1. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 5 февраля 2018 г. №12 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3525–18 "Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая"».
2. Ветряная оспа у беременных. Риск. Профилактика. Диагностика. Тактика ведения / Е.А. Чебакина, А.И. Салоникиди, Е.Э. Баун, Н.В. Максимцева / Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького // Педагогика высшей школы. Медико-социальные проблемы. — 2014. — Т. 19. №4. — С. 76.
3. Management of varicella infection (chickenpox) in pregnancy / A.I. Shrim, G. Koren, M.H. Yudin, D. Farine // J. Obstet. Gynaecol. Can. — 2012. — №34 (3). — P. 287–292.

НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ПРЕЭКЛАМПСИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Новгородова У.Р., врач акушер-гинеколог,
врач-методист;

Донская Д.Д., зам. главного врача по акушерству
и гинекологии;

Шек Л.А., зав. акушерско-физиологическим
отделением.

Якутская республиканская клиническая больница,
перинатальный центр.

E-mail: novgorodova-1959@mail.ru;
тел.: +7 (914) 270 5866.

Клинический случай, зарегистрированный в ПЦ ГБУ РС(Я) «ЯРКБ», наглядно продемонстрировал наложение синдрома системного воспалительного ответа у родильницы с новой коронавирусной инфекцией, что вызвало крайне тяжёлое течение инфекции и постоперационного периода. В связи с повышенным риском инфицирования и тяжёлых последствий, включая высокую смертность, у людей с сопутствующими заболеваниями (в особенности с сахарным диабетом, гипертонией и т.п.), важно учитывать потенциальное влияние предшествующей гипергликемии и гипертензии на исход COVID-19 у беременных [1]. Также необходимо отметить, что диагностика методом ПЦР достоверна в инкубационный период, а далее в более поздние сроки достоверным оказалась диагностика методом ИФА на иммуноглобулины G и M.

The clinical case registered in the PC GBU RS (Y) «YRKB» clearly demonstrated the layering of the systemic inflammatory response syndrome in a postpartum woman with a new coronavirus infection, which caused an extremely severe course of infection and the postoperative period. Given the increased risk of infection and severe consequences, including increased mortality, in people with concomitant diseases (especially diabetes mellitus, hypertension, etc.), it is important to consider potential impact of previous hyperglycemia and hypertension on outcome COVID-19 in pregnant women [1]. It should also be noted that the diagnosis by PCR is reliable during the incubation period, and then at a later date, the diagnosis by ELISA for immunoglobulins G and M.

Пациентка К. 27 лет 29.06.2020 поступила в перинатальный центр ГБУ РС(Я) «Якутская республиканская клиническая больница» по направлению из женской консультации с жалобами на отёки конечностей, повышение АД до 129/88 мм рт.ст., зуд кожи в течение 2 недель по вечерам, с диагнозом «Беременность 40,5 нед. Головное предлежание. Анемия 1-й ст. Отёки беременной». После проведённого обследования выставлен диагноз: «Беременность 39–40 нед. Головное предлежание. Возрастная первородящая. Преэклампсия умеренной степени. Гепатоз беременной? Недообследованная. ОРСТ 1-й ст. Возможно рождение крупного плода? Хроническая гипоксия плода». Учитывая преэклампсию умеренной степени, гепатоз беременной(?), незрелые родовые пути, решено начать подготовку родовых путей, назначены контроль клинических анализов, обследование на COVID-19. При сборе анамнеза дополнительно установлено, что пациентка страдает ГБ с 22 лет, отмечала периодическое повышение АД до 180 мм рт.ст., лечения не получала, на учёте не состояла. 30.06.2020 и 04.07.2020 были проведены забор анализов методом ПЦР на новую коронавирусную инфекцию SARS-CoV2, мазок из ротоглотки, результаты были отрицательными. Через сутки после госпитализации пациентка отметила ухудшение общего состояния, головные боли, повышение АД после госпитализации в акушерский стационар; отмечает отёчность с конца мая.

Согласно методическим рекомендациям МЗ РФ, срок и метод родоразрешения должны определяться индивидуально, в зависимости главным образом от клинического состояния женщины, срока беременности, состояния плода [2]. В связи с создавшейся акушерской ситуацией, ухудшением общего состояния, незрелостью родовых путей, отсутствием времени для их подготовки, большой вероятностью развития эклампсии (жалобы на головные боли), белком в моче до 5 г, снижением белка в крови коллегиально принято решение родоразрешить операцией кесарева сечения в экстренном порядке. Родился живой доношенный плод женского пола без видимых уродств и признаков асфиксии, в смазке. Вес 3950 г. Рост 54 см. Оценка по шкале Апгар 8/8, в удовлетворительном состоянии, передан врачу-неонатологу для дальнейшего ведения наблюдения. На 6-е сутки постоперационного периода состояние пациентки ухудшилось, появились жалобы на одышку, общую слабость, озноб, першение в горле, повысилась температура до 37,8°C. При опросе пациентка вспомнила, что до госпитализации купалась в водоёме со своей семьёй, так как было очень жарко, через некоторое время отмечала озноб. В лёгких перкуторный лёгочный звук, дыхание жёсткое, в нижних отделах справа выслушиваются крепитирующие хрипы, дыхание ослаблено. ЧДД 18 в минуту.

Учитывая ухудшение общего состояния, повышение температуры, першение в горле, появление хрипов в лёгких, одышку, выставлен диагноз: «подозрение на новую коронавирусную инфекцию?» По литературным данным, компьютерная томография (КТ) лёгких рекомендуется всем пациентам с подозрением на пневмонию. КТ лёгких является более чувствительным методом для диагностики вирусной пневмонии [3], и, согласно методическим рекомендациям, 07.07.2020 проведено РКТ ОГК. Заключение: по КТ-картине признаки нижнедолевой пневмонии правого лёгкого. Умеренная внутригрудная лимфаденопатия. Выпот в плевральной полости правого и левого лёгкого и в перикарде. При ультразвуковом исследовании плевральных полостей выявлена свободная жидкость в обеих плевральных полостях. Проведён консилиум, выставлен диагноз: «Экстренные оперативные роды в срок. Метроэндометрит. 6-е сутки. Подозрение на КВИ. Внебольничная нижнедолевая пневмония правого лёгкого средней степени тяжести. Плеврит. Серикардит. ДН1». Учитывая пневмонию, плеврит по РКТ ОГК, подозрение на КВИ, на дальнейшее интенсивное лечение и наблюдение переводится в ПИТ observationalного отделения ЯРКБ. Повторно взят анализ на новую коронавирусную инфекцию методом ИФА на иммуноглобулины М и G. Заключение от 07.07.2020: SARS-CoV2 (коронавирус COVID-19); SARS-CoV2 (коронавирус COVID-19), Ig M положительный; SARS-CoV2 (коронавирус COVID-19), Ig G положительный.

На 10-е сутки после родоразрешения в связи с ухудшением общего состояния пациентки, наложением метроэндометрита, синдромом системного воспалительного ответа, тромбоцитозом проведена ТМК с целью коррекции лечения. Диагноз при ТМК: «Экстренные оперативные роды, 10-е сутки. Головное предлежание. Возрастная первородящая. Преэклампсия умеренной степени. Анемия 2-й степени. Вторичный тромбоцитоз. ДЖВП. Хронический цистит вне обострения. ОРСТ 1-й степени. Незрелые родовые пути. Метроэндометрит. Недообследованная». Сопутствующий диагноз: «Долевая

пневмония неуточнённая средней степени тяжести. Плеврит. ДН1». Заключение КТ от 07.07.2020: КТ-признаки двусторонней интерстициальной пневмонии. Высокая вероятность COVID-19/баллов/16%/КТ 1. В результате динамического наблюдения за пациенткой за период лечения наблюдается положительная динамика, отсутствие гипертермии в течение 2 сут, уменьшение одышки, нормализация сатурации. Заключение по результатам телемедицинской консультации: проведена коррекция лечения, динамическое наблюдение не показано. Рекомендована повторная телемедицинская консультация при ухудшении состояния в любое время. Пациентка находилась 20 суток в провизорном отделении по поводу метростеномиоза, вторичного тромбоцитоза, гиперкоагуляции. Выписана на 20-е сутки в удовлетворительном состоянии домой с ребёнком с рекомендациями наблюдения у врача-терапевта, акушера-гинеколога, гематолога, с контролем клинических анализов в динамике.

В связи с повышенным риском инфицирования и тяжёлых последствий в третьем триместре беременности важно учитывать потенциальное влияние преэклампсии на исход COVID-19 у беременных. Группу наиболее высокого риска развития тяжёлых форм COVID-19 составляют беременные, имеющие соматические заболевания с наслывшимися акушерскими осложнениями.

Литература

1. Методические рекомендации «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым при новой коронавирусной инфекции COVID-19». — Версия 1 (24.04.2020). — М., 2020. — С. 6.
2. Методические рекомендации «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым при новой коронавирусной инфекции COVID-19». — Версия 2 (утв. Минздравом РФ, май 2020 г.).
3. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Чернобровкина Т.Я., Янковская Я.Д., Бурова С.В. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): Клинико-эпидемиологические аспекты / Академия постдипломного образования ФМБА России, кафедра гигиены, эпидемиологии и инфекционных болезней (Москва, Россия); РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии лечебного факультета (Москва, Россия). — М., 2020». — С. 9.

ВАГИНАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИХ МЕСТО СРЕДИ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ. ВОПРОСЫ И РЕШЕНИЯ

Новикова С.В., докт. мед. наук.;

Логутова Л.С., проф., докт. мед. наук;

Игнатъева М.А.

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии.

E-mail: mariaaignatieva@gmail.com;

тел.: +7 (916) 632 3119.

Достаточный уровень витамина D предупреждает множество гинекологических заболеваний, а также снижает риск присоединения большинства гестационных осложнений. Взаимосвязь иммунной системы с репродуктивной функцией организма и новые данные о влиянии витамина D на процесс воспаления и противои инфекционный иммунитет позволили нам исследовать эффективность применения витамина D при вагинальных инфекциях у беременных.

Adequate levels of vitamin D prevent many gynecological diseases, and also reduce the risk of joining the majority of gestational complications. Interconnection of the immune system with the reproductive function of the body and new data on the effects of vitamin D on the process of inflammation and anti-infectious immunity, give us an opportunity for new research of effectiveness of vitamin D in vaginal infections in pregnant women.

Инфекции, передаваемые половым путём, широко распространены среди женщин репродуктивного возраста. Установлена их связь с развитием акушерских и перинатальных осложнений. Проблема лечения вагинальных инфекций у беременных связана с назначением ограниченного спектра антибактериальных средств, разрешённых к применению, с антибиотикорезистентностью и частыми рецидивами инфекции на фоне антибактериальной терапии.

В последнее время особого внимания заслуживают исследования воздействия витамина D на процесс воспаления и противои инфекционный иммунитет, что обусловлено его основными иммуномодулирующими эффектами. Иммуномодулирующие эффекты витамина D подтверждены результатами ряда исследований. Клинические проявления дефицита витамина D во время беременности довольно широки, к ним относят значительный рост частоты случаев преэклампсии, гестационного сахарного диабета, преждевременных родов, бактериального вагиноза. К этим осложнениям следует отнести и негативные последствия для плодов и новорождённых, наиболее частым из которых является задержка внутриутробного роста.

Цель исследования — оптимизация диагностических и лечебных мероприятий по выявлению гиповитаминоза D и его медикаментозной коррекции для улучшения акушерских и перинатальных исходов у беременных с вагинальными инфекциями и гиповитаминозом D.

Материалы и методы. 120 беременных, включённых в исследование, были обследованы на наличие вагинальных инфекций. У 97 из них выявлены вагинальные инфекции, чаще всего был диагностирован кандидозный кольпит, преимущественно в мазках на флору выявлена *Candida albicans*. Также с одинаковой частотой встречались инфекции, передаваемые половым путём, преимущественными возбудителями которых были *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis*, ВПГ I и II типов и ЦМВ, как с частыми обострениями во время беременности, так и без обострений. Группу сравнения составили 23 беременные без вагинальных инфекций. Пациентки были разделены на две группы: в I группе (41 пациентка) принимали

препараты витамина D начиная со II триместра беременности, во II группе (56 пациенток) не принимали препараты витамина D во время беременности. Проводилось наблюдение за беременными со II триместра до родоразрешения, трёхкратно проанализирован уровень 25-гидроксивитамина D в сыворотке крови, а также в пуповинной крови. Проведена оценка присоединения гестационных осложнений и перинатальных исходов.

Полученные результаты. Анализ полученных данных указывает на снижение уровня витамина D у беременных с вагинальными инфекциями при сравнении со здоровыми беременными и динамическое снижение уровня данного витамина у всех обследованных беременных при отсутствии поддержки препаратами витамина D. Достаточный уровень витамина D в сыворотке крови беременных обеспечивает нормальный уровень витамина D в пуповинной крови.

Также выявлена взаимосвязь между нормальным уровнем витамина D в сыворотке крови беременных с вагинальными инфекциями и снижением риска присоединения таких гестационных осложнений, как угроза прерывания беременности, ФПН и многоводие, а также со снижением частоты ОРИ во время беременности. В группе I, где беременные принимали препараты витамина D со II триместра гестации, отмечено снижение частоты преждевременных родов у беременных с наличием преждевременных родов в анамнезе на 7%. Также отмечено снижение частоты присоединения таких гестационных осложнений, как ФПН, в 1,5 раза и многоводия в 2 раза. Нормальный уровень витамина D перед родоразрешением оказывал благоприятное влияние на состояние плодов и новорождённых. В I группе, где беременные принимали препараты витамина D со II триместра гестации, все дети родились в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Проведённые исследования продемонстрировали необходимость назначения препаратов витамина D в адекватных дозировках беременным с вагинальными инфекциями для профилактики присоединения ряда гестационных осложнений и улучшения перинатальных исходов.

СПЛЕНОМЕГАЛИЯ — РАННИЙ МАРКЁР ИММУННОГО ОТВЕТА ПЛОДА

Перепелица С.А., докт. мед. наук, проф. кафедры хирургических дисциплин^{1,2};

Бахалова Г.Е., канд. мед. наук, ст. преподаватель кафедры акушерства и гинекологии^{1,3};

Шарапова Ю.А., ординатор по акушерству-гинекологии¹;

Шарапова Г.М., акушер-гинеколог³.

Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта¹;

Научно-исследовательский институт общей реаниматологии им. В.А. Неговского Федерального научно-клинического центра реаниматологии и реабилитологии²;

Региональный перинатальный центр Калининградской области³.

E-mail: sveta_perepeliza@mail.ru;

тел.: +7 (906) 218 8091.

Инфекционные заболевания матери во время беременности остаются предметом научного исследования, т.к. они являются причиной антенатальной гибели плода, преждевременных родов. Необходим поиск ранних маркёров иммунного ответа плода на неблагоприятное антенатальное воздействие с целью диагностики осложнений гестационного периода.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, плод, спленомегалия, внутриутробная инфекция, преэклампсия.

Infectious diseases of the mother during pregnancy remain the subject of scientific research, as they are the cause of antenatal death of the fetus, premature birth. It is necessary to search for early markers of the fetal immune response to adverse antenatal exposure in order to diagnose gestational complications.

Keywords: ultrasound, fetus, splenomegaly, intrauterine infection, preeclampsia.

Цель исследования — выявление ультразвуковых признаков спленомегалии у плодов при осложнённом течении гестационного периода.

Проспективное исследование одобрено Независимым этическим комитетом Центра клинических исследований ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта» (протокол №6 от.08.02.2019) и выполнено в ГАУ КО «Региональный перинатальный центр».

В исследование включено 75 пациенток с осложнённым течением беременности, находившихся в отделении патологии беременных. Во время стандартного антенатального ультразвукового исследования у плода проведено морфометрическое измерение длины, ширины и толщины селезёнки. На основании полученных данных по методике О.В. Возгомент и соавт. [1] произведены расчёты массы селезёнки и коэффициента массы селезёнки (КМС). В зависимости от величины КМС плода пациентки разделены на две группы.

Группа «А» — 39 беременных, у которых плоды имеют КМС в диапазоне 1–3,9. Средний возраст пациенток составлял 31,4±5,1 года, паритет беременности — 2 [1; 4], срок гестации — 36,4±3,4 нед, масса плода — 3033,7±880,6 г.

Группа «В» — 36 беременных, у которых плоды имеют КМС в диапазоне 4–9,6. Средний возраст пациенток составлял 31,2±6,7 года, паритет беременности — 2 [1; 2,5], срок гестации — 35,4±4,3 нед, масса плода — 2805,9±910,9 г.

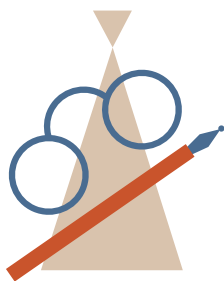
Статистически значимых отличий исследуемых показателей между группами не выявлено ($p > 0,05$). Статистическая обработка данных проведена с помощью программы Statistica 10 (USA). Отличия считали достоверными при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Установлено, что в обеих группах наиболее значимыми причинами, осложняющими течение беременности, явились угроза прерывания, в том числе преждевременные роды, хронические и острые инфекционные заболевания, аномалии плацентации. В группе «А» на долю угрозы прерывания приходится 28,2%, в группе «В» — 100%, воспалительные и инфекционные заболевания различной локализации отмечались у 26,5% пациенток группы «А», 83,3% — в группе «В», аномалии плацентации характерны для 15,4% пациенток группы «А»

Формат проведения онлайн

CONNEXIO

— congress space by StatusPraesens —



II Общероссийская научно-практическая конференция для акушеров-гинекологов

29–30 октября 2020 года, Санкт-Петербург

Оттовские чтения



StatusPraesens
profmedia



+7 (499) 346 3902

info@praesens.ru

praesens.ru

stpraesens

praesens

statuspraesens



и 45,9% группы «В». По этим показателям выявлены статистически значимые отличия между группами ($p < 0,05$). Только в группе «В» были пациентки, у которых беременность получена с помощью ЭКО (20,9%). Преэклампсия также была у 8,3% пациенток этой группы. Из соматических заболеваний наиболее значимым явился гестационный сахарный диабет, который развился у 15,4% группы «А» и 8,3% группы «В» ($p > 0,05$).

Проведение ультразвукового исследования селезёнки у плодов показало, что в группе «А» морфометрические показатели органа соответствуют нормальным величинам, средняя масса селезёнки составляет $8,6 \pm 3,6$ г, КМС находится в диапазоне от 1,5 до 3,9 и средняя величина показателя составляет $2,8 \pm 0,8$, т.е. нет реакции селезёнки на вероятное антенатальное воздействие. В группе «В» у плодов выявлена спленомегалия. Средняя масса селезёнки составляет $15,9 \pm 5,7$ г, что в 1,8 раза больше, чем в группе «А» ($p = 0,00000$). КМС находится в диапазоне от 4 до 9,6, средняя величина показателя составляет $5,7 \pm 1,4$, что в 2 раза больше, чем в группе «А» ($p = 0,00000$). В группе «В» в 66,7% наблюдений выявлены начальные признаки спленомегалии, в этих случаях КМС находится в диапазоне от 4 до 5,9. В остальных 33,3% КМС находится в диапазоне от 6 до 9,6, т.е. диагностируется значительная спленомегалия. В организме матерей группы «В» имеет место активный процесс, вероятно инфекционной природы, который вызывает иммунный ответ плода, что проявляется спленомегалией. В исследовании установлено, что у плодов, матери которых имели преэклампсию, спленомегалия максимальная. В этих случаях иммунный ответ у плода значительно выражен, величина КМС достигала максимального показателя ($9,2 - 9,6$).

Исследование показало, что плод активно реагирует на неблагоприятное антенатальное воздействие. В исследуемых группах коэффициент нозологий, осложняющих течение беременности, различный: в группе «А» он составляет 0,94, в «В» — 3,2. Особого внимания заслуживает факт выраженного иммунного ответа у плода при инфекционных заболеваниях и преэклампсии.

Исследование показало, что плод активно реагирует на неблагоприятное антенатальное воздействие. Наиболее значимыми триггерами, запускающими иммунный ответ, являются инфекционные заболевания и преэклампсия. Ультразвуковая оценка размеров селезёнки — быстрый и доступный метод, позволяющий в ранние сроки увидеть изменения размера органа, ещё до появления клинических симптомов.

Литература

1. Возгомент О.В., Пыков М.И., Зайцева Н.В. Новые подходы к ультразвуковой оценке размеров селезёнки у детей // Ультразвук и функц. диагностика. — 2013. — №6. — С. 56–62.

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИСХОДОВ РОДОВ ВАКУУМ- ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА

Печёнкина Н.С.,
Седавных Е.А.

По официальным статистическим данным, за последние годы частота применения вакуум-экстракции плода в экономически развитых странах составляет от 2,8 до 16,7% от общего количества родов [1, 2]. Цель исследования — провести анализ родов с применением вакуум-экстракции плода с помощью системы KIWI, выявить аспекты течения родов и послеродового периода, а также влияние на перинатальные исходы для новорождённых. Методы исследования: проведён ретроспективный анализ историй родов и историй новорождённых по архивным материалам Кировского областного клинического перинатального центра за период 2018–2019 гг. Общее количество родов составило 85.

According to official statistics, in recent years the frequency of use of fetal vacuum extraction in economically developed countries is from 2,8 to 16,7% of the total number of births [1,2]. The aim of the study is to analyze births using the vacuum-extraction of the fetus using the KIWI system, to identify aspects of the flow of childbirth and the postpartum period, as well as the effect on perinatal outcomes for newborns. Methods of study: a retrospective analysis of the stories of births and stories of newborns on archival materials of the Kirov Regional Clinical Perinatal Center for the period 2018–2019. The total number of births was 85.

Актуальность. По официальным статистическим данным, за последние годы частота применения вакуум-экстракции плода в экономически развитых странах составляет от 2,8 до 16,7% от общего количества родов [1, 2]. Не способ родоразрешения, а антенатальная охрана плода, использование современных диагностических и лечебных технологий, а также успехи и достижения неонатологии могут изменить частоту и структуру младенческой заболеваемости и перинатальной смертности. В клиническом протоколе Министерства здравоохранения от 23 августа 2017 г. №15–4/10/2–5871 указано, что одной из важных задач, стоящих перед акушерами-гинекологами, является обеспечение благоприятного исхода беременности и родов для матери и плода.

Цель исследования — провести анализ родов с применением вакуум-экстракции плода с помощью системы KIWI, выявить аспекты течения родов и послеродового периода, а также влияние на перинатальные исходы для новорождённых.

Методы исследования. Проведён ретроспективный анализ историй родов и историй новорождённых по архивным материалам Кировского областного клинического перинатального центра за период 2018–2019 гг. Общее количество родов составило 85. В ходе исследования были сформированы две группы: группа 1 ($n=43$) — роды произошли в первом родовом отделении, группа 2 ($n=42$) — роды наблюдались во втором акушерском отделении. Во всех случаях роды с помощью одноразовой вакуум-системы KIWI.

Во всех случаях исследования собрана следующая информация: средний возраст женщин в группе 1 составил 27,4 года, в группе 2 — 28,3 года, достоверных различий не установлено. В группе 1 первобеременные женщины составили 74,4%, а в группе 2 установлено только 28,6. Средняя прибавка массы тела за беременность в группе 1 накануне родов составила $11,5 \pm 0,6^*$ кг, в группе 2 $6,5 \pm 0,6$ кг

* Здесь и далее — различия с группой 1 и 2 достоверны, $p < 0,05$.

соответственно. Среди обследованных в группе 1 служащие составили 51,1% (22)*, рабочие — 34,8% (15)*, учащиеся специальных и высших учебных заведений — 6,9% (3)*, неработающие — 6,9% (3)*, в группе 2 — 14,3% (6), 33,3% (14), 2–4% (1), 50,0% (21) соответственно. В группе 1 брак был зарегистрирован у 74,4% (32)*, в гражданском браке состояли 25,6% (11)*, одиноких не установлено; в группе 2 — 19,0% (8), 52,4% (22), 28,6% (12) соответственно. Экстрагенитальная патология диагностирована у 100% беременных. Экстрагенитальная патология является тем неблагоприятным фоном развития беременности, когда сокращаются или ограничиваются возможности адаптационных механизмов, а также усугубляются все осложнения [3, 4]. В нашем исследовании установлены следующие заболевания: в группе 1 — анемия в 86,0% (37), сердечно-сосудистая патология в 41,8% (18), заболевания мочевыводящей системы в 9,3% (4)*; в группе 2 — 85,7% (36), 45,3% (19), 50,0% (21)* соответственно. Среди осложнений беременности в группе 1 наблюдались: плацентарная недостаточность — 55,8% (24), нарушение маточно-плацентарного кровотока 1-й степени — 30,2% (13), хроническая внутриутробная гипоксия плода — 58,1% (25), №2 соответственно: 52,0% (22), 28,6% (12), 57,1% (24). В послеродовом периоде в обеих группах не установлено осложнённого течения, а именно эндометрита и расхождения швов на промежности.

Анализ показал, что в группе 1 средняя продолжительность родов составила $12 \pm 0,1$ ч, безводный период до 6 ч — 57,1%*, после 12 ч — всего 4,7%*, в группе 2 $16,2 \pm 0,1$, 23,3% и 51,2% соответственно. Масса тела у новорождённых в группе 1 составила $3650,6 \pm 12$ г, в группе 2 — 3450 ± 11 г, достоверных различий не установлено. Новорождённые в группе 2 рождались с более низкой оценкой по шкале Апгар ($6,1 \pm 0,4$ и $7,0 \pm 0,5$), чем в группе 1 ($7,0 \pm 0,4$ и $8,5 \pm 0,2$).

Острая и угрожающая асфиксия в группах 1 и 2 встречалась с одинаковой частотой — 57,8% (36) и 28,8% (35), выявились существенные различия при анализе за 2018 и 2019 гг.: в группе 1 снизилась с 27 (2018) до девяти случаев (2019), но в группе 2 практически не изменилась — 17 и 18 случаев. Улучшение техники наложения вакуум-экстракции плода привело к снижению самого распространённого осложнения (кефалогематомы): в группе 1 — с 11 (2018) до трёх случаев (2019), в группе 2 этот показатель не изменился (3 и 3). Субарахноидальное кровоизлияние у новорождённого и перелом костей черепа в группах 1 и 2 установить не удалось. Перелом ключицы у новорождённого составил 4,7% в группе 1 и 6,9% — в группе 2.

Результаты проведённого исследования свидетельствуют о том, что и в первой, и во второй группе хроническая внутриутробная гипоксия плода и нарушение маточно-плацентарного кровотока 1-й степени, плацентарная недостаточность встречались практически с одинаковой частотой, но осложнения для плода в первой группе имеют тенденцию к снижению через год, а во второй группе благоприятной динамики снижения осложнений для плода выявить не удалось. Необходимы дальнейшие сравнительные исследования для улучшения перинатальных показателей.

Литература

1. Hilder L., Zhichao Z., Parker M. et al. Australia's Mothers and Babies 2012. — *Perinatal Statistics Series No 30. — Cat. No PER69. — Canberra: AIHW, 2014.*

* Здесь и далее — различия с группой 1 и 2 достоверны, $p < 0,05$.

2. Martin J.A., Hamilton B.E., Osterman M.J.K. et al. Births: Final data for 2013 // *National vital statistics reports. — Vol 64. — No1. — Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2015.*
3. Баранюк Н.В., Маусеенко Д.А., Егорова А.Т. Результаты инструментальных методов исследования беременных женщин с заболеваниями панкреатобилиарной системы // *Акушерство и гинекология. — 2018. — №4. — С. 108–112.*
4. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н. *Акушерство: Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 1088 с.*

ГЕСТАЦИОННЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ДОРСОПАТИИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Радзинская Е.В.

Российский университет дружбы народов.

Дорсопатия — междисциплинарная проблема. Обусловленный ею хронический болевой синдром, не имеющий тенденции к снижению, сохраняется ведущей причиной временной первичной и вторичной утраты трудоспособности, включая период беременности. Дорсопатии более подвержены женщины независимо от возраста, что объясняют эндокринными особенностями, фертильностью, лактацией и др. без сформированной надёжной доказательной базы. Боль в нижней части спины (БНЧС) и тазовая боль (ТБ) во время беременности остаются недостаточно изученными, представляя трудности для их дифференциальной диагностики с угрожающими самопроизвольным выкидышем и преждевременными родами и, соответственно, для рационального выбора лечения. Сложности усугубляются различиями этиологии и патогенеза БНЧС и ТБ.

Цель исследования — выбор дифференцирующих критериев диагностики гестационных дорсопатий различной локализации.

Материалы и методы исследования. В период 2019–2020 гг. проведено проспективное исследование. Исследуемая когорта беременных ($n=87$) разделена на две группы: с БНЧС ($n=48$) и ТБ ($n=39$).

Результаты. Возраст женщин с ТБ и БНЧС был сопоставим ($31,23 \pm 3,16$ и $31,75 \pm 4,55$ года, $p=0,55$). Прегестационный ИМТ у женщин с ТБ был значительно меньше, чем при БНЧС ($21,61 \pm 4,44$ и $23,99 \pm 3,89$, $p=0,01$). Из анамнеза установлено, что число беременностей в анамнезе, включая настоящую ($2,15 \pm 0,67$ и $2,33 \pm 1,09$, $p=0,37$), родов ($0,69 \pm 0,47$ и $0,67 \pm 0,71$, $p=0,85$), срок беременности при предшествующих родах ($Me=39,5$, $Q25-Q75=36-40$ нед и $Me=40,0$, $Q25-Q75=38-40$ нед, $p=0,82$), временной интервал между ними ($Me=60$, $Q25-Q75=40-108$ мес и $Me=72$, $Q25-Q75=48-132$ мес, $p=0,51$), было сопоставимо. Достоверные различия женщин с ТБ и БНЧС определяли особенности предшествующего родоразрешения — масса новорождённого ($2970,0 \pm 707,39$ и $3398,75 \pm 368,18$ г, $p=0,01$) и длительность лактации ($14,0 \pm 6,67$ и $30,00 \pm 3,01$ мес, $p < 0,01$).

Настоящая беременность потребовала применения ВРТ только у 7,69% женщин с ТБ ($\chi^2=1,86$, $p=0,17$). Прогне-

стины прекоцепционно принимали менее 1/3 женщин с ТБ и БНЧС (17,95 и 16,67%, $\chi^2=0,02$, $p=0,9$), длительность приёма прогестинов составила 18,40±9,92 нед при ТБ и 14,75±4,33 нед при БНЧС ($p=0,25$). СГЯ осложнил беременность небольшого числа женщин как с ТБ, так и БНЧС (5,13 и 2,08%, $\chi^2=0,03$, $p=0,86$). Срок 1-й явки в ЖК соответствовал требуемому сроку, но при БНЧС был более поздним (7,42±3,08 и 9,40±2,15 нед, $p<0,01$).

Срок дебюта болевого синдрома при ТБ был более поздним (26,31±7,76 и 20,0±8,45 нед, $p=0,002$). Дебют ТБ и БНЧС не был взаимосвязан с весом женщин, сопоставимым при ТБ и БНЧС (65,65±11,77 и 65,92±5,85 кг, $p=0,95$), его прибавкой (7,28±5,16 и 5,22±4,73 кг, $p=0,29$) или индексом амниотической жидкости (ИАЖ) (15,37±2,18 и 16,30±3,23 см, $p=0,28$), но предполагаемый вес плода у женщин с ТБ был значительно выше в сравнении с БНЧС (1517,40±1107,0 и 317,33±52,82 г, $p<0,01$). Несмотря на клинически диагностированную (без цервикометрии и наличия кровяных выделений) угрозу невынашивания, роды у женщин как с ТБ, так и БНЧС произошли в срок (38,59±1,01 и 38,67±1,06 нед, $p=0,82$), что вызывает сомнение в необходимости многомесячной «сохраняющей» терапии с применением прогестинов.

Дифференцирующим различием дорсопатий различной локализации оказалось расстояние от нижнего края плаценты до внутреннего маточного зева, которое было наибольшим при ТБ (60,67±11,82 и 39,10±23,31 мм, $p<0,01$), и длина шейки матки — значительно большая при БНЧС (37,33±4,43 и 39,79±4,00 мм, $p=0,04$). Однако данные различия не были сопряжены с частотой диагностированной угрозы невынашивания у женщин с ТБ и БНЧС, которая была сопоставимой в I (7,69 и 14,58%, $\chi^2=0,44$, $p=0,51$) и II триместрах (12,82 и 8,33%, $\chi^2=0,11$, $p=0,74$). Следует подчеркнуть разнонаправленность корреляционной связи между длиной шейки матки (ШМ) и сроком гестации при диагностике дорсопатии: при ТБ ($r=0,32$, $p=0,19$) и БНЧС ($r=-0,73$, $p<0,05$).

Биохимические исследования выявили ряд существенных отличий или тенденции к ним. Уровень ассоциированного с беременностью плазменного белка-A (PAPP-A) при ТБ и БНЧС был равнозначен (3,4±0,21 и 2,87±1,49 МЕ/л, $p=1,36$; 1,31±0,09 и 1,09±0,52 МоМ, $p=0,43$). Женщин с ТБ отличали более высокий уровень β -субъединицы хорионического гонадотропина (β -ХГЧ) (75,20±52,10 и 48,22±38,54 МЕ/л, $p=0,04$; 2,20±1,42 и 1,17±0,79 МоМ, $p<0,01$). Уровень плацентарного фактора роста (PIGF) был сопоставим (33,84±9,67 и 28,25±16,76 пг/мл, $p=0,23$; 1,07±0,35 и 0,88±0,46 МоМ, $p=0,16$).

Заключение. Установленные дифференцирующие критерии гестационных ТБ и БНЧС позволяют прогнозировать дальнейшее течение и беременности, и различных тазовых болей, а также отвергнуть при неизменной шейке матки угрожающее невынашивание. К указанным критериям следует отнести три группы признаков: 1) анамнестические — большая масса плода в предыдущих родах (cut-off=3400 г; БНЧС при значениях выше) и длительность лактации (cut-off=25 мес; БНЧС при значениях выше); прегестационный ИМТ (cut-off =21; БНЧС при значениях выше); 1-я явка в ЖК (cut-off=8 нед; БНЧС при значениях выше), срок дебюта дорсопатии (cut-off=20 нед; БНЧС при значениях ниже); 2) сонографические — расположение края плаценты относительно внутреннего зева (cut-off=60 мм; БНЧС при значениях ниже), предполагаемый вес плода (cut-off=439 г; БНЧС при

значениях ниже), длина шейки матки (cut-off=34 мм; БНЧС при значениях ниже); 3) биохимические — уровень b.

НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ С ДОРСОПАТИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Радзинская Е.В.

Российский университет дружбы народов.

Дорсопатии как болевой синдром при беременности требуют исключения акушерских осложнений (угрозы невынашивания, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, несостоятельности рубца на матке и пр.), а длительный болевой синдром — предотвращения развития тревожно-депрессивных расстройств, снижения качества жизни. Обусловленные беременностью ограничения в использовании фармакологических препаратов для купирования и предотвращения боли выдвигают на первый план такие «осовремененные» методики, как лечебная физкультура, иглорефлексотерапия, мануальные техники. Роль остеопатической манипуляционной терапии (ОМТ) (плюс стандартная помощь) отмечена в Рекомендациях ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности (2017). Сведений о нейроортопедических особенностях дорсопатий у беременных с тазовой болью (ТБ) и болью в нижней части спины (БНЧС) крайне мало.

Цель исследования — выявить дифференцирующие нейроортопедические критерии дорсопатий различной локализации при беременности.

Материалы и методы исследования. Проведено многоцентровое проспективное исследование (2019–2020). Из 87 беременных сформированы две группы: женщины с ТБ ($n=39$, 44,83%) и с БНЧС ($n=48$, 55,17%). До и после лечения оценивали болевой синдром при помощи числовой рейтинговой шкалы (Numeric Rating Scale); используя опросник EuroQol-5D, — дискомфорт/боль, тревожность/депрессия, здоровье в целом. Уровень личностной и ситуативной тревожности определяли по шкале Спилбергера. Дифференцирующие значения исходов (ТБ или БНЧС) определяли при помощи бинарной логистической регрессии. Терапию дорсопатий (кранио-сакральный, тракционный метод, миофасциальный релиз, постизометрическую релаксацию, мягкотканые техники) начинали не ранее 22 недель беременности.

Результаты. Женщины групп исследования характеризовались возрастом от 23 до 38 лет, сопоставимым при ТБ и БНЧС (31,23±3,16 год и 31,75±4,55 года, $p=0,55$). БНЧС соответствовал более высокий прегестационный ИМТ (23,99±3,89) в сравнении с ТБ (21,61±4,44, $p=0,01$), дифференцирующим значением явился ИМТ=21

($\chi^2=6,72$, $p=0,01$). При диагностике дорсопатии срок дебюта болевого синдрома в исследуемой когорте варьировал от 8 до 38 недель, в среднем был намного позже при ТБ, чем при БНЧС (26,31±7,76 [15 до 38] и 20,0±8,45 [8 до 33] нед, $p=0,002$), дискриминирующим значением явился срок 17 нед ($\chi^2=17,14$, $p=0,00003$). Дифференциальная диагностика болевого синдрома при беременности соответствовала более позднему сроку (27,62±7,24 недели и 17,20±8,77 нед, $p=0,00004$), означала отсрочку начала мануального лечения при ТБ до 5 нед, при БНЧС — до 4 нед.

Бальная оценка болевого синдрома до начала лечения у женщин с ТБ и БНЧС была равнозначной (3,50±2,37 и 4,71±0,76, $p=0,19$), однако после завершения курса при БНЧС была значительно выше, чем при ТБ (4,71±0,76 и 0,65±1,03 баллов, $p<0,01$), демонстрируя недостаточную эффективность лечения, сопровождаемая более высокими показателями оценки ситуативной (42,33±2,34 и 35,10±9,10 балла, $p=0,06$) и личной тревожности (44,83±1,6 и 40,50±8,29 балла, $p=0,22$), дискомфорта/боли (2,0 и 1,40±0,50 балла, $p=0,049$), более низкой оценкой здоровья после лечения (68,0±2,65 и 84,71±8,16 балла, $p<0,01$). Женщин с БНЧС после лечения отличали значения числовой рейтинговой шкалы для боли 4 балла и более, оценка здоровья в целом после лечения менее 73 баллов, дискомфорта/боли — 2 балла и более, тревожность и депрессии — более 2 баллов. Наибольшая интенсивность болевого синдрома в утренние и дневные часы отмечена с равной частотой при ТБ и БНЧС, но в ночное время — только у 12,82% женщин с ТБ.

При оценке нейроортопедических и остеопатических критериев дорсопатии не установлено различий в частоте контрнотации крестца при ТБ и БНЧС (66,67 и 64,58%, $\chi^2=0,001$, $p=0,98$), уровне фиксации твердой мозговой оболочки (ТМО) в грудном (15,39 и 31,25%, $\chi^2=2,16$, $p=0,14$) и поясничном (28,2 и 41,67%, $\chi^2=1,16$, $p=0,28$) отделах позвоночника. У женщин с БНЧС значительно чаще диагностировалась фиксация ТМО в шейном отделе позвоночника (15,39 и 37,5%, $\chi^2=4,22$, $p=0,04$). Значения краниосакрального ритма (КСР) — ключевого маркера биодинамики в целом, соматической дисфункции в частности — при ТБ соответствовали нормальному диапазону, но значительно превышали показатели женщин с БНЧС (7,85±1,73 и 7,00±1,24 циклов/мин, $p=0,01$), дифференцирующим значением явился КСР 8 циклов/мин ($\chi^2=6,91$, $p=0,009$).

Заключение. Настоящее исследование представило дифференцирующие нейроортопедические критерии БНЧС и ТБ при беременности. Показано, что срок дебюта дорсопатии крайне вариабелен (от 8 до 38 недель), представляя сложности для дифференциальной диагностики неврологических и гестационных осложнений. Дорсопатии беременных характеризуются высокой частотой (более 60%) контрнотации крестца как при ТБ, так и при БНЧС. Важным отличием женщин с БНЧС оказалась большая частота фиксации ТМО в шейном отделе позвоночника (ОШ = 3,3; 95% ДИ 1,16–9,41). Женщин с ТБ отличает более высокая частота КСР (cut-off=8 циклов/мин), которая не превышает границы нормы. У беременных с БНЧС эффективность терапии болевого синдрома значительно уступает женщинам с ТБ, сопровождаемая более низкой оценкой здоровья, более высокими показателями оценки дискомфорта/боли, тревожности/депрессии. Немаловажным фактором,

дифференцирующим локализацию дорсопатии, явился прегестационный ИМТ: отмечена сопряженность БНЧС с более высокими значениями ИМТ, роль которого в генезе дорсопатии, влияние на эффективность лечения, тем более при беременности, не изучена досконально. Особенности нейроортопедических критериев дорсопатий у беременных различной локализации подтвердили необходимость дифференцированных подходов к выбору методов и длительности лечения болевого синдрома.

КЛИНИКО- МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Сакварелидзе Н.Ю., канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова.

E-mail: doctor-68gkb@mail.ru;

тел.: +7 (925) 314 1616.

Гипоксия, развивающаяся при преэклампсии, подтверждается морфологическими, морфометрическими и иммуногистохимическими исследованиями плаценты, изменениями уровня экспрессии CD31, CD34. CD34 экспрессируется в эндотелиальных клетках, принимает участие в ангиогенезе и характеризует степень васкуляризации ворсин и функциональную активность плаценты, а CD31 обеспечивает васкуляризацию в очаге воспалительной реакции, что приводит к формированию плацентарной недостаточности.

Hypoxia that develops during preeclampsia is confirmed by morphological, morphometric and immunohistochemical studies of the placenta, changes in the expression level of CD31, CD34. CD34 is expressed in endothelial cells, participates in angiogenesis and characterizes the degree of vascularization of the villi and the functional activity of the placenta, and CD31 provides vascularization in the focus of the inflammatory reaction, which leads to the formation of placental lesions.

Важным компонентом системы «мать–плацента–плод» является фетоплацентарный ангиогенез. В случае нарушения кровотока в маточно-плацентарно-плодовом комплексе развиваются осложнения беременности. Процесс васкуло- и ангиогенеза начинается до начала формирования плаценты и ремоделирования материнских сосудов. Для понимания патогенеза преэклампсии имеет значение изучение взаимосвязи клинических и морфологических признаков плацентарной недостаточности. Важная роль в процессе ангиогенеза отводится семейству сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) и их рецепторам: VEGF R1 и VEGF R2. VEGF A — один из важнейших регуляторов ангиогенеза и представлен

полипептидами. Для него характерно высокое сродство к рецепторам VEGF R1 и VEGF R2.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических и морфологических признаков эндотелиальной дисфункции у беременных с преэклампсией. В настоящей работе проведено исследование 30 беременных с ПЭ, средний возраст которых составил $29 \pm 1,4$ года. Клинически имелись проявления эндотелиальной дисфункции и задержки роста плода. Беременные были разделены на две группы. I ($n=10$) группу составили пациентки с тяжёлой ПЭ в сроке гестации 34–38 нед. II группа ($n=9$) — контрольная, с физиологическим течением беременности. Всем беременным проводились общеклинические методы исследования и специальные — ультразвуковое исследование, доплерометрия сосудов системы «мать–плацента–плод». А также макро- и микроморфологическое исследование следов и иммуногистохимическая оценка уровня экспрессии факторов роста эндотелия сосудов VEGF A и двух рецепторов — VEGF R1 и VEGF R2, эндотелиальных маркёров CD31 и CD34, принимающих участие в ангиогенезе. Исследование плаценты включает: макроскопический анализ, определение формы долек, забор образцов ткани краевой, парацентральной и центральной зон как с материнской, так и с плодовой стороны. После стандартного гистологического исследования проводилась иммуногистохимическая оценка. Небольшое количество выборки обусловлено сложностью патоморфологического изучения плацент, а также использованием высокотехнологичного оборудования и высокой стоимостью проведения ИГХ-анализа. В I группе ($n=10$) беременных с тяжёлой ПЭ при доплерометрии, у которых были выявлены нарушения маточного, пуповинного кровотока с ЗРП II–III ст., развитие преэклампсии отмечено в 34–35 нед. При ультразвуковом исследовании выявлено выраженное маловодие у шести, а многоводие умеренное — у четырёх пациенток из 10. Преждевременные роды произошли у четырёх пациенток. Оперативно были родоразрешены девять беременных в различные сроки в связи с тяжёлой ПЭ и ухудшением состояния плода. При микроскопическом исследовании выявлены крупные инфаркты плаценты (восемь из 10), тромбозы межворсинчатого пространства суббазальных и центральных зон, а также нарушения созревания ворсинчатого дерева, что является следствием нарушения материнского кровотока с последующим формированием ЗРП. Выявлена гиперплазия терминальных ворсин, синцитиальных почек, что свидетельствует о запуске компенсаторно-приспособительных механизмов. При иммуногистохимическом исследовании препаратов плаценты проведён анализ особенностей структуры с учётом экспрессии VEGF. Установлена слабopоложительная экспрессия в ворсинах и эндотелии сосудов трофобласта при ПЭ, при этом отмечено развитие ЗРП III ст. с нарушениями показателей доплерометрии как в маточных артериях, так и в артериях пуповины. Приоритетное значение в развитии плацентарного ангиогенеза имеет фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) и его рецепторы — VEGF R1 и VEGF R2. Баланс взаимодействия VEGF и рецепторов R1 и R2 приводит к адекватной васкуляризации ворсин на ранних стадиях инвазии трофобласта в спиральные артерии матки. Исходя из вышеизложенного, можно предположить, что при плацентарной недостаточности отмечается сниженная экспрессия VEGF

и выраженные изменения в его рецепторах. Это приводит к неадекватной инвазии трофобласта и ремоделированию спиральных артерий, вследствие чего нарушается баланс между поступлением крови от матери к плаценте и развитием плацентарной гипоксии. При морфометрии иммуногистохимических препаратов плаценты с использованием антител к CD31 и CD34 выявлено уменьшение количества кровеносных капилляров в одной ворсине. В связи с этим уменьшаются периметр ворсин и площадь обмена материнской крови с ворсинами.

Литература

1. Милованов А.П., Сидорова И.С., Солоницын А.Н., Борова Е.И. Иммуногистохимическая оценка распределения фактора эндотелия сосудов в плаценте и пуповине при нормальной и осложнённой беременности // *Арх. пат.* — 2008. — №3. — С. 12–15.
2. Павлов К.А., Дубова Е.А., Щеголев А.И. Фетоплацентарный ангиогенез при нормальной беременности: роль плацентарного фактора роста и ангиопоэтинов // *Акушерство и гинекология.* — 2010. — №6. — С. 10–15.
3. Ходжаева З.С., Шмаков Р.Г., Коган Е.А. и др. Клинико-анамнестические особенности, плацента и плацентарная площадка при ранней и поздней преэклампсии. *Акушерство и гинекология, 2015.* — №4. — С. 25–31.
4. Ferrara N. Role of vascular endothelial growth factor in regulation of physiological angiogenesis // *Physiol. Cell. Physiol.* — 2001. Vol. 280. — P. 1358–1366.
5. Ogge G., Chaiworapongsa T., Romero R., et al. Placental lesions associated with maternal underperfusion are more frequent in early-onset than in late-onset preeclampsia // *Perinat Med.* — 2011. — №39 (6). — P. 641–652.

КРОВОТОК В СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ПРИ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМАХ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА И МНОГОКРАТНЫХ ВНУТРИУТРОБНЫХ ПЕРЕЛИВАНИЯХ КРОВИ

Смирнова А.А., врач акушер-гинеколог.

Центр планирования семьи
и репродукции ДЗМ.

E-mail: salexandra2006_o@mail.ru;
тел.: +7 (916) 189 4072.

Обследовано 99 пациенток со среднетяжёлым (4), тяжёлым течением желтушной формы ГБП (74) и отёчной формой ГБП (21) с многократными ВПК. Оценена чувствительность определения ΔМСК от 1,5 МоМ перед ВПК. Повышение МСК СМА более 1,5 МоМ может служить показанием для проведения первых двух ВПК. Показания к проведению третьего и последующих ВПК должны в большей мере основываться на расчёте предполагаемой скорости снижения гематокрита.

We examined 99 patients with moderate HDF (4), severe HDF (74) and hydrops fetalis (21) with multiple IUTs. The sensitivity of MCA-MoM before IUT was evaluated. The fetal MCA-MoM can be useful in indication for the first and second IUTs. Indications for the third and subsequent IUTs should be more based on the calculation of the estimated decline rate in fetal hematocrit level.

Гемолитическая болезнь плода (ГБП) в ряде стран продолжает оставаться одной из причин перинатальной заболеваемости и смертности, поэтому диагностика и лечение данной патологии не теряют своей актуальности до настоящего времени. Для антенатальной диагностики ГБП, основным патогномичным симптомом которой является анемия, в настоящее время широко проводится доплерометрическое исследование максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии (МСК СМА). Однако информативность этого «неинвазивного» протокола ведения беременных с резус-сенсibilизацией при многократных внутриутробных переливаниях крови (ВПК) до настоящего времени не изучена.

Целью нашего исследования явилась оценка информативности максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии (МСК СМА) и Δ МСК от 1,5 МоМ для определения показаний к проведению многократных внутриутробных переливаний крови (ВПК) плодам с гемолитической болезнью (ГБ).

Обследовано 99 пациенток со среднетяжёлым (4), тяжёлым течением желтушной формы ГБП (74) и отёчной формой ГБП (21), которым было выполнено 399 ВПК. У пациенток произведено 3 ВПК (40), 4 ВПК (28), 5–7 ВПК (31). Оценена информативность абсолютных величин МСК СМА до и после каждого ВПК, а также Δ МСК от 1,5 МоМ — до ВПК.

Измерение Δ МСК от 1,5 МоМ позволяет оценить выраженность анемии у плода при ГБП. Выявлена обратная корреляция между величиной Δ МСК от 1,5 МоМ и уровнями гематокрита и гемоглобина до первых двух ВПК ($p < 0,05$). ВПК позволяет повысить уровни гемоглобина и гематокрита и, как следствие, снизить величину МСК СМА. Но из-за гемолиза эритроцитов через 8–14 дней после ВПК уровни гемоглобина и гематокрита вновь снижаются, а величина МСК СМА повышается. Корреляция между Δ МСК от 1,5 МоМ и средней скоростью снижения уровня гематокрита у плода (в %/сутки) перед третьим и последующими ВПК не выявлено ($p > 0,05$).

Повышение МСК СМА более 1,5 МоМ может служить показанием для проведения первых двух ВПК. Показания к проведению третьего и последующих ВПК должны в большей мере основываться на расчёте предполагаемой скорости снижения гематокрита в зависимости от срока гестации.

Литература

1. Кравченко Е.Н., Ожерельева М.А., Кукулина Л.В. и др. Совершенствование алгоритма ведения беременных с резус-иммунизацией: диагностические аспекты // *Мать и дитя в Кузбассе*. — 2017. — №4 (71). — С. 43–47.
2. Савельева Г.М., Курцер М.А., Сичинава Л.Г. и др. 50 лет иммунопрофилактике резус-иммунизации: на страже перинатальной заболеваемости и младенческой смертности (исторический экскурс) // *Акушерство и гинекология*. — 2018. — №12. — С. 177–183.

3. Ghesquière L., Houfflin-Debarge V., Behal H. et al. Should optimal timing between two intrauterine transfusions be based on estimated daily decrease of hemoglobin or on measurement of fetal middle cerebral artery peak systolic velocity? // *Transfusion*. — 2017. — Vol. 57. — №4. — P. 899–904.

МАТЕРИНСТВО НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: РОДЫ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Студёнов Г.В., врач акушер-гинеколог,
зав. родовым отделением;

Воронцова Н.А., врач акушер-гинеколог, ассистент
кафедры акушерства и гинекологии;

Сенникова Ж.В., врач акушер-гинеколог,
ассистент кафедры акушерства и гинекологии,
канд. мед. наук;

Уварова Е.Е., врач акушер-гинеколог;

Попов А.А., врач акушер-гинеколог;

Клычбаев Т.С., врач акушер-гинеколог;

Гаджиева Р.А., врач акушер-гинеколог.

Оренбургский государственный медицинский
университет;

Оренбургский областной перинатальный центр.

E-mail: studenov@inbox.ru;

моб. тел.: +7 (912) 340 5914.

Юное материнство как результат роста сексуальной активности в подростковом периоде, особенно в группе социально неблагополучных слоёв общества, низкий уровень медицинского образования данной категории пациентов и недостаточные знания о способах контрацепции формируют актуальность совершенствования службы родовспоможения в вопросах репродуктивного здоровья детей и подростков.

Young motherhood, as a result of increased sexual activity in the teenage period, especially in the group of socially disadvantaged sections of society, the low level of medical education of this category of patients and insufficient knowledge about contraception methods form the urgency of improving the obstetric care service in the reproductive health of children and adolescents.

За 2017–2019 гг. в перинатальном центре было проведено 16 248 родов, из них у несовершеннолетних 12–16 лет — 45 родов, что составило 0,28% от общего числа родов. У всех пациенток предстояли первые роды. Сельские пациентки составили 84,4%, городские — 15,6%. Распределение по возрастам: 12 лет — один (2,2%), 13 лет — два (4,4%), 14 лет — три (6,7%), 15 лет — восемь (17,6%), 16 лет — 31 (68,9%) случай.

Сроки гестации при родоразрешении: 37–38 нед — пять (11,6%), 38+1–39 нед — семь (16,3%), 39+1–40 нед — восемь (18,6%), 40+1–41 нед — 17 (37,8%), позже 41 нед — шесть (13,0%) случаев. Роды в срок были у 95,6%. Преждевременные роды произошли в 4,4% случаев.

2,2% случаев (одна роженица) — домашние роды. Стремительные роды произошли у шести пациенток (15,7%), быстрые — у четырёх (10,5%). Индуцированные роды путём амниотомии проведены в трёх случаях (6,7%):

ВРЕМЯ БЕСЦЕННО.

ХОРОШО ПОДУМАЙ, НА ЧТО ТЫ ЕГО ТРАТИШЬ

Бернард ШОУ



ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ

на «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак», самый читаемый журнал!*

✓ На сайте praesens.ru в разделе «Журналы/Журнал “StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак”/Как подписаться». **Оплата online банковской картой за 3 мин!**

✓ **В почтовом отделении России:**

- по каталогу «Роспечать», подписной индекс: **25135**;
- по каталогу «Пресса России», подписной индекс: **33022**.

✓ **В офисе** по адресу: Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3.

✓ **В банке /мобильном банке** по реквизитам:

- Получатель: ООО «Статус презенс контент»
- ИНН/КПП: 7701984958 /770101001
- Р/с: 40702810700000019553
- Банк получателя: Филиал №7701 Банка ВТБ (ПАО), г. Москва
- БИК: 044525745 • К/с: 30101810345250000745
- Назначение платежа: годовая подписка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак».

Сообщите об оплате по e-mail: ig@praesens.ru или по тел.: +7 (499) 346 3902, доб. 503, 514.

✓ **На мероприятиях**, организуемых компанией StatusPraesens.

Стоимость годовой подписки (шесть номеров)

С доставкой по России — **1800 руб.**

С доставкой по СНГ — **3600 руб.**

☎ +7 (499) 346 3902

🌐 praesens.ru

VK [praesens](https://vk.com/praesens)

✉ info@praesens.ru

f [stpraesens](https://www.facebook.com/stpraesens)

IG [statuspraesens](https://www.instagram.com/statuspraesens)



* Журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» занимает **первое место по читаемости (56,2%)** среди профильных изданий, по оценке гинекологов амбулаторного звена, по результатам исследования MEDI-Q «Мнение практикующих врачей», проведенного ООО «Ипсос Комкон» весной 2018 года в 21 крупнейшем городе России.

StatusPraesens
— profmedia —

в одном — по поводу отсутствия эффекта от лечения умеренной преэклампсии, в двух — тенденция к перенашиванию.

Самостоятельно родили 84,8% беременных. В одном случае (2,2%) многоплодная беременность двойней закончилась самостоятельными родами. Две пациентки с тазовым предлежанием плода родили самостоятельно с оказанием пособия по Цовьянову. В 51,1% самостоятельные роды были проведены на фоне эпидуральной анестезии. Все роды проводились под постоянным КТГ-мониторированием состояния плода: в 95,6% случаев КТГ интерпретировалось как нормотип, в 4,4% — как патологический тип.

Осложнения самостоятельных родов: преждевременное излитие вод — 17,8%, аномалии родовой деятельности — 22,2%, дистресс плода — 4,4%, разрывы мягких родовых путей — 15,7%. В 17,7% проведена эпизиотомия. В 63,2% мягкие родовые пути не травмированы.

Операцией кесарева сечения родоразрешены 15,6% женщин (в экстренном порядке — 71,4% и планово — 28,6%). В плановом порядке родоразрешены две пациентки по поводу тазового предлежания, отказа от самостоятельных родов и неврологической патологии, требующей исключения потужного периода. Основными показаниями к операции кесарева сечения в экстренном порядке явились: дистресс плода — два случая, дискоординация родовой деятельности — один, тазовое предлежание и ОРСТ 1-й ст. сужения — один, ПИВ при ОРСТ 2-й ст. сужения. Средний объём кровопотери во время операции кесарева сечения 629 мл.

Осложнения послеродового периода: раннее послеродовое гипотоническое кровотечение — 2,2%, анемия тяжёлой степени — 13,3%, лохиометра — 2,2%.

97,8% родильниц были выписаны домой вместе с ребёнком в удовлетворительном состоянии: на 3-и сутки — 75,6%, на 4-е сутки — 17,8%, на 5-е и 6-е сутки — по 2,2%. Одна родильница с лохиометрой на дальнейшее долечивание переведена в гинекологическое отделение.

Выводы. Роды у юных беременных относятся к группе высокого риска и сопровождаются большей частотой осложнений как непосредственно во время родов, так и в послеродовом периоде. Ведение таких пациенток требует объединения медицинских, педагогических, социальных и общественных организаций для проведения работ по предупреждению нежелательной беременности, снижения риска материнских и перинатальных потерь и заболеваемости.

Литература

1. Зиганшин А.М., Кулавский В.А. Исходы родов у юных первобеременных крупным плодом // *Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя»*. — М., 2006. — С. 92–93.
2. Богатова И.К., Сотникова Н.Ю. Проблема нежеланной беременности и аборта в молодёжной среде // *Материалы IX Российского форума «Мать и дитя»*. — М., 2007. — С. 335.
3. Гурова З.Г., Терезулова Р.Р. Контрацептивное поведение молодёжи // *Материалы IX Российского форума «Мать и дитя»*. — М., 2007. — С. 373–374.
4. Брюхина Е.В., Сафронов О.В., Слуднова Ф.Ф. Беременность у подростков. Влияние на репродуктивное здоровье // *Акуш. и гин.* — 2003. — №1. — С. 37.
5. Аноха Л.И. и др. Кесарево сечение у юных женщин // *Материалы VI Российского форума «Мать и дитя»*. — М., 2004. — С. 17.

6. Ходжибаева Т.Ю., Зарипова Н.Н., Рахимова М.М. Особенности прегравидарного периода у первородящих женщин // *Материалы IX Российского форума «Мать и дитя»*. — М., 2007. — С. 289.
7. Мочалова М.Н., Некрасова Н.Е., Белокрыницкая Т.Е. Социально-психологические установки молодых матерей в современном обществе // *Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя»*. — М., 2006. — С. 648–649.
8. Петрова Я.А., Мирон И.М. Кесарево сечение у юных женщин // *Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя»*. — М., 2006. — С. 197.
9. Трубин В.Б. и др. Девушки-подростки, прервавшие первую беременность медицинским абортom, — группа риска по нарушению репродуктивного здоровья // *Материалы IV Съезда акушеров-гинекологов России*. — М., 2008. — С. 501–502.
10. Уварова Е.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России // *Репродукт. здоровье детей и подростков*. — 2006. — №4. — С. 10–15.
11. Сыряцкая Л.В. Охрана здоровья девочек-подростков от 13 до 18 лет, перенесших аборт в раннем подростковом возрасте // *Материалы IX Российского форума «Мать и дитя»*. — М., 2007. — С. 518–519.
12. Чечулина О.В., Уварова Е.В. Основные проблемы беременности и родов для матери и плода у юных женщин // *Репродукт. здоровье детей и подростков*. — 2007. — №2. — С. 72–80.
13. Кокolina В.Ф. Детская и подростковая гинекология: Руководство для врачей. — М.: Медпрактика-М, 2006. — 640 с.
14. Коваленко М.С., Ефремова М.Г., Окороchkova Ю.В. Особенности течения беременности и родоразрешения первородящих критических возрастных групп // *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. — 2014. — №1. — С. 94–99.
15. Ларюшева Т.М., Баранов А.Н., Лебедева Т.Б. Эпидемиология беременности у подростков // *Экология человека*. — 2014. — №12. — С. 26–34.
16. Сибирская Е.В., Богданова Е.А. Течение беременности и родов у юных первородящих // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. — 2012. — №2. — С. 12–31.
17. Чабанова Н.Б., Шевлюкова Т.П., Попова А.Д. Беременность и роды у юных // *Современная наука: теоретический и практический взгляд: Сборник статей Международной научно-практической конференции: в 4 ч.* — 2016. — С. 138–143.

СОВРЕМЕННЫЕ АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Сутугина О.Н., ассистент кафедры акушерства
и гинекологии.

Ярославский государственный медицинский
университет.

E-mail: sutuginaolga.ru@yandex.ru;

тел.: +7 (902) 332 2102.

Проведены ретроспективный анализ и оценка различных тактик ведения 680 пациенток гинекологического отделения ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр» с диагнозом «внематочная беременность». Из них прооперированы 610,

пролечены метотрексатом 40 и проведены консервативно-выжидательно 30 пациенток. Выявлена потребность в разработке лечебно-диагностических алгоритмов ведения внематочной беременности.

A retrospective analysis and evaluation of various management tactics of 680 patients of the gynaecological Department of the Regional perinatal center with the diagnosis of ectopic pregnancy was conducted. Of these, 610 were operated on, 40 were treated with methotrexate, and 30 patients were treated conservatively and expectantly. There is a need to develop therapeutic and diagnostic algorithms for managing ectopic pregnancy.

Внематочная беременность встречается в от 2 до 4% случаев всех выявляемых беременностей. По частоте встречаемости локализации эктопической беременности трубная беременность составляет 98–99%. Каждая внематочная беременность является репродуктивной потерей. Во всём мире используются оперативные и консервативные методы ведения внематочной беременности. По-прежнему ведущим методом является хирургический. Тем не менее увеличивается доля консервативного ведения внематочной беременности и использования медикаментозного метода лечения внематочной беременности с применением метотрексата.

Цель исследования — оценить степень необходимости в регламентации и автоматизации алгоритма выбора метода ведения пациенток с внематочной беременностью. Материалом для нашего исследования послужили данные историй болезни 680 пациенток с диагнозом «внематочная беременность» в возрасте от 19 до 44 лет, находящихся на стационарном обследовании и лечении в гинекологическом отделении ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр» за период 2013–2019 гг. Обследование пациенток включало стандартный комплекс клинико-диагностических мероприятий, в том числе трансвагинальное сканирование органов малого таза, исследование сыворотки крови на β -ХГЧ, диагностическую лапароскопию, лапаротомию. Из 680 пациенток 610 были прооперированы (595 — лапароскопическим доступом, только 15 подверглись лапаротомии), 40 пациенток получили консервативное лечение метотрексатом, 30 пациенток проведены консервативно-выжидательно без оперативного вмешательства и лекарственной терапии. В качестве оперативного лечения использовались сальпинготомия, милкинг лапароскопическим доступом, сальпингэктомия лапароскопическим и лапаротомным доступом. Из всех пациенток с эктопической беременностью 27,5% (187) — это пациентки, имеющие в анамнезе внематочную беременность. В пяти случаях были диагностированы редкие формы внематочной беременности — яичниковая и брюшная, в остальных 675 случаях была трубная беременность. Следует отметить, что во всех трёх группах не было существенного различия по возрасту и данным анамнеза, в том числе специального. Оперативное лечение составило в нашем исследовании 89,7% (610 из 680). Лапароскопия составила 97,5% (595), лапаротомия — 2,5% (15). Большая часть операций — это сальпингэктомия — 61,5% (368). Сальпинготомия занимает второе место — 24,4% (145). Милкинг составил

13,8% (82). Таким образом, доля консервативных вмешательств на маточных трубах при внематочной беременности — 38,2% (227), радикальных — 61,8% (368). В двух случаях ввиду выраженного спаечного процесса лапароскопия перешла в лапаротомию. Метотрексат использовался в лечении внематочной беременности у 40 пациенток, что составило 5,9%. Уровень показателя β -ХГЧ до назначения метотрексата колебался от 200 до 1400 МЕ/л (ДИ 386–581, среднее значение — 484). Из 40 человек 31 (77,5%) пациентка получила однократное введение метотрексата. Восемь (20%) пациенток подверглись повторной инфузии метотрексата ввиду отсутствия эффективности одной дозы по результатам исследования сыворотки крови на β -ХГЧ на 7-й день после 1-й дозы. Одна (2,5%) пациентка ввиду неэффективности лечения после 2-й дозы метотрексата и отказа от оперативного лечения подверглась введению 3-й дозы препарата — с эффектом. Минимальная доза метотрексата составила 50 мг, максимальная — 100 мг, средняя — 77,6 мг. Из 40 пациенток, получивших лечение метотрексатом, две подверглись оперативным вмешательствам ввиду стойкого болевого синдрома и симптомов острого живота. Каких-либо значимых побочных реакций на метотрексат не отмечалось. Уровень β -ХГЧ оценивался на 4-й и 7-й день после введения метотрексата. Выжидательная тактика ведения пациенток с эктопической беременностью составила 4,4% (30). К выжидательной тактике мы прибегали при уровне β -ХГЧ менее 200 МЕ/л, отсутствии кардиальной активности эмбриона, выраженном болевом синдроме и признаков прерывания эктопической беременности. Уровень β -ХГЧ колебался от 16 до 200 МЕ/л (ДИ 80–124, среднее значение 37). Все эти пациентки были выписаны из стационара с дальнейшим контролем уровня β -ХГЧ амбулаторно каждые 7 дней до падения его значений до соответствующих отсутствию беременности или менее 15 МЕ/л. Все методы ведения внематочной беременности показали высокую эффективность. Поэтому есть потребность в разработке алгоритма выбора тактики ведения, что обеспечит снижение временных затрат на постановку диагноза, а также оптимизирует выбор адекватного лечения пациенток с эктопической беременностью и даст возможность шире использовать консервативные методы ведения, сохраняя репродуктивную функцию женщины.

Литература

- Баисова Б.И. др. Гинекология: Учебник для студентов медицинских вузов, ординаторов, аспирантов / Под ред. Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 480 с.
- Внематочная (эктопическая) беременность. Клинические рекомендации (протокол лечения): Приказ МЗ РФ №15–4/10/2–729 от 02 февраля 2017. — М., 2017. — 35 с.
- Охалкин М.Б. Внематочная беременность / М.Б. Охалкин, М.В. Хитров // АГ-инфо (журнал российской ассоциации акушеров-гинекологов). — 2008. — №3. — С. 7–14.
- Barnhart T. Acog practice bulletin No 191: Tubal Ectopic pregnancy // Obstet. Gynecol. — 2018. — Vol. 131. — №2. — P. 65–77.
- Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management // NICE guideline (NG 126). — 2019. — P. 33. — URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ И ВАГИНАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Узденова З.Х., докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии¹;

Шаваева Ф.Р., аспирант кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии²;

Гатагажева З.М., канд. мед. наук, доц., зав. кафедрой акушерства и гинекологии³;

Оздоева Т.И., аспирант кафедры акушерства и гинекологии¹;

Иосипчук К.О., аспирант кафедры акушерства и гинекологии¹.

¹Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова;

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова;

³Ингушский государственный университет.
E-mail: elifiya@bk.ru;
тел.: +7 (928) 084 7779.

Проведена оценка эффективности и безопасности применения акушерских пессариев у 78 беременных женщин и вагинального прогестерона у 78 беременных с истмико-цервикальной недостаточностью. Установлено, что у женщин с многоплодной беременностью и длиной шейки матки 25 мм и менее акушерский пессарий превосходит эффективность вагинального прогестерона на 53,8% в предотвращении родов ранее 34 нед и на 34,6% — при сроке ранее 37 нед.

The effectiveness and safety of obstetric pessaries in 78 pregnant women and 78 pregnant women with the use of vaginal progesterone with isthmic-cervical insufficiency was evaluated. It was found that in women with multiple pregnancies and a cervix length of 25 or less, obstetric pessary exceeds the effectiveness of vaginal progesterone by 53,8% in preventing childbirth earlier than 34 weeks and by 34,6% at a period earlier than 37 weeks.

Проблема многоплодной беременности остаётся одной из самых актуальных в современном акушерстве в связи с большой частотой перинатальных осложнений. Профилактика невынашивания многоплодной беременности является одним из важных направлений в комплексе лечебно-профилактических мероприятий, ориентированных на снижение репродуктивных потерь. Несмотря на

определённые успехи профилактики преждевременных родов при многоплодной беременности, их частота остаётся стабильной и колеблется от 40 до 50%. Поэтому чрезвычайно важными являются разработка и внедрение современных методов профилактики преждевременных родов.

Цель исследования — сравнить эффективность акушерского пессария доктора Арабин и вагинального прогестерона для профилактики преждевременных родов у женщин с многоплодной беременностью и короткой шейкой матки.

В исследование включены 156 женщин с двойней, с длиной шейки матки менее 25 мм. Беременные были распределены на две группы: I группу составили 78 беременных с установкой акушерского пессария в сроках беременности 13–34 нед, во II вошли 78 беременных, получавших вагинальный прогестерон (400 мг 1 раз в день). Оценивали результаты преждевременных родов ранее 34 нед и 37 нед беременности, неблагоприятные материнские и перинатальные исходы.

Преждевременные роды ранее 34-й недели беременности произошли у 16,7% женщин в группе с пессарием и у 34,6% — с прогестероном: относительный риск (ОР) (ОР 0,74; 95% ДИ 0,48–1,17; $p=0,24$). Однако для родов ранее 37 нед этот показатель был статистически значим — 39,7 против 59,5% соответственно (ОР 0,81; 95% ДИ 0,66–0,99; $p=0,05$). Сочетанный показатель неблагоприятных перинатальных исходов был значимо ниже — 19,2 против 28,2% соответственно (ОР 0,70; 95% ДИ 0,43–0,93; $p=0,02$).

Преимуществом использования пессариев в акушерстве явилось применение метода в амбулаторно-поликлинических условиях, отсутствие необходимости в госпитализации, безболезненность и простота введения пессариев, отсутствие анестезиологического пособия, снижение риска инфицирования и травматизма в родах, экономическая целесообразность.

У женщин с многоплодной беременностью и длиной шейки матки 25 мм и менее акушерский пессарий превосходит эффективность вагинального прогестерона на 52,8% в предотвращении родов ранее 34 нед и на 34,6% при сроке ранее 37 нед. Серьёзные перинатальные осложнения были в несколько раз ниже при использовании пессария по сравнению с прогестероном.

Литература

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия, в. 2.0. — М.: StatusPraesens, 2017. — С. 396–426.
2. Romero R., Nicolaidis K., Conde-Agudelo A., et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and meta-analysis of individual patient data // *Am. J. Obstet Gynecol.* — 2012. — Vol. 206(2). — №124. — P. 1–19.
3. Арабин В., Сичинава Л.Г. Таблица подбора акушерских пессариев Арабин. — В.М., 2011. — 8 с.

ПОЛОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ПЛОДА В ПРОДУКЦИИ НЕКОТОРЫХ РЕГУЛЯТОРОВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Фабрикант А.Д., ординатор кафедры акушерства
и гинекологии.

Ростовский государственный медицинский университет.

E- mail: annutka944@mail.ru;

тел.: +7 (988) 536 9456.

Анализ уровней нейропептида Y и пролактина в сыворотке крови беременных женщин с гестационным сахарным диабетом в зависимости от пола вынашиваемого плода позволил установить статистически значимое преобладание уровня пролактина у матерей мальчиков, что свидетельствует о существовании различий в биохимическом и гуморальном сигналинге между матерью и плодом, опосредованных половым диморфизмом.

An analysis of the levels of neuropeptide Y and prolactin in the blood serum of pregnant women with gestational diabetes mellitus depending on the fetus gender revealed a statistically significant predominance of prolactin levels in mothers of boys, which indicates the presence of differences in the biochemical and humoral signals between the mother and the fetus due to sexual dimorphism.

Беременность потенцирует значительную перестройку метаболических процессов в женском организме, которые характеризуются усилением анаболизма с целью формирования запаса питательных веществ для роста и развития плода. У части беременных такая гестационная перестройка сопровождается декомпенсацией и формированием гестационного сахарного диабета.

В последние годы устойчивость к неблагоприятным эндогенным и экзогенным воздействиям во время беременности связывают с полом вынашиваемого плода, который опосредует специфику взаимного функционального сигналинга между матерью и плодом в рамках системы «мать–плацента–плод». Немаловажное значение половой диморфизм имеет для изучения патогенеза гестационного сахарного диабета: согласно результатам исследования, полученным Е. Sheiner с соавт. (2004) и Т.Л. Богашевой с соавт. (2020), его возникновение более вероятно у беременных, вынашивающих мальчиков.

Большее внимание уделяется изучению центральных регуляторов пищевого поведения при нарушениях углеводного обмена. В аркуатном ядре гипоталамуса расположена одна из основных структур, регулирующая пищевое поведение, — меланокортиновая система, нейроны которой синтезируют нейропептид Y. НPY относят к орексигенным нейропептидам. Ингибируя нейроны, экспрессирующие меланокортиновые рецепторы 4-го типа, он способствует гиперфагии и снижению расхода энергии, стимулирует профице-

рацию и отложение жира, а также является эндогенным стабилизатором α -адренорецепторов. Данные литературы свидетельствуют о том, что беременность способствует активной секреции этого нейропептида за счёт смены центр-периферических приоритетов в результате формирования новых гормонпродуцирующих «единиц» (децидуальная ткань, цитотрофобласт, плацента и синтициобласт). Благодаря гравидарной перестройке усиливается секреция ещё одного из важных регуляторов энергетического баланса, чувства насыщения, жирового и углеводного обмена — пролактина (ПРЛ). Высокие уровни этого гормона при беременности способствуют лептинорезистентности, ИР и гиперинсулинемии. Помимо этого ПРЛ ответственен за модуляцию иммунологического ответа матери на функциональную активность развивающегося плода и обеспечивающие его жизнедеятельность структуры маточно-плацентарного комплекса.

Цель исследования — продемонстрировать отличия гуморального отклика гуморальных подсистем материнского организма в зависимости от половой принадлежности вынашиваемого плода и углубить представление о патогенезе гестационного сахарного диабета.

Обследовано 1111 беременных. В I группу вошли 517 женщин с ГСД (253 беременные с плодами женского пола — Ia группа и 264 с плодами мужского пола — Ib группа). II группу «физиологической беременности» составили 584 беременные (280 с плодами женского пола — IIa группа и 304 беременные с плодами мужского пола — IIb группа). Определение содержания исследуемых факторов в сыворотке крови пациенток осуществлялось методом иммуноферментного анализа: пролактина (нг/мл) — тест-системами фирмы AccuBind INC (США); рецептора конечных нейропептидов Y (НPY) (нг/мл) — наборами фирмы VASHEM GROUP (США).

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

В качестве объяснения влияния половой принадлежности плода на продукцию некоторых гормонов матери следует подчеркнуть, что структурные элементы и гланды яичка плода, способные секретировать тестостерон, проявляют свою активность уже с 6–8-й недели внутриутробного возраста, и максимальная его концентрация приходится на период 17–20-й недели. Несколько позже на смену тестостерону приходят андрогены надпочечникового происхождения. Следовательно, в организме плода-мальчика синтез кортизола, дегидроэпиандростерона и дегидроэпиандростерона сульфата происходит более интенсивно, и более высокие уровни этих гормонов, в том числе и пролактина, и их метаболитов, проникая к матери, значительно влияют на её метаболизм, тем самым усиливая анаболические процессы, липидогенез и усугубляя инсулинорезистентность, что позволяет объяснить преобладание частоты встречаемости гестационного сахарного диабета в этой группе. В свою очередь липопротеинлипазы способствуют накоплению триглицеридов в адипоцитах и отложению жировой ткани. Между тем немало сведений, указывающих, что андрогены плода усиливают аппетит матери, способствуя переяданию, в результате избыток энергии депонируется в виде

жировых отложений, тем самым ещё более усугубляя нестабильную метаболическую ситуацию у беременной и способствуя развитию ГСД.

Литература

1. Айламазян Э.К. Сахарный диабет и репродуктивная система женщины: Руководство для врачей / Под ред. Э.К. Айламазяна. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 432 с.
2. Аметов А.С. Сахарный диабет 2-го типа. Проблемы и решения. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — С. 430–435.
3. Андрианов В.В. Курс нормальной физиологии на основе теории функциональных систем / В.В. Андрианов, Н.А. Василюк, К.В. Судаков // Сеченовский вестник. — 2013. — №3 (13). — С. 80–84.
4. Довжикова И.В. Синтез половых стероидных гормонов в плаценте (обзор литературы)// Бюллетень. — 2011. — Вып. 41. — С. 85–88.
5. Радзинский В.Е. Ожирение. Диабет. Беременность. Версии и контрверсии. Клинические практики. Перспективы. / Под ред. В.Е. Радзинского, Т.Л. Боташевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 528 с.
6. Reves-Romero M.A. The physiological role of estriol during human fetal development is to act as antioxidant at lipophilic milieu of the central nervous system // Medical Hypotheses. — 2001. — Vol. 56. — №1. — P. 107–109.
7. Sheiner E. Gender does matter in perinatal medicine / E. Sheiner, A. Levy, M. Katz, et al. // Fetal.Diagn. Ther. — 2004. — Vol. 19. — №4. — P. 366–369.

ПОЛ ПЛОДА И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВАЗОКОНСТРИКТОРНЫХ ПОДСИСТЕМ У БЕРЕМЕННЫХ С GESTАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Ростовский государственный медицинский университет.
E- mail: annutka944@mail.ru;
тел.: +7 (988) 536 9456.

Исследована функциональная активность вазоконстрикторных подсистем материнского организма в зависимости от пола вынашиваемого плода. Установлены более высокие уровни ангиотензина, эндотелина-1 и норадреналина у матерей мальчиков, что, по-видимому, обусловлено особенностями гуморальных влияний со стороны плодов мужского пола.

The functional activity of the vasoconstrictor subsystems of the mother's body depending on the sex of the bearing fetus

was studied. Higher levels of angiotensin, endothelin-1 and norepinephrine have been found in mothers of boys, which, apparently, is due to the peculiarities of humoral influences from the male fetus.

Плацента является не только барьерным органом, но и гестационной «железой внутренней секреции», в которой активно происходят обменные процессы между матерью и плодом. Имеет различную пропускную способность для биологических факторов и вместе с маточной активностью входит в состав маточно-плацентарной «помпы», регулирующей кровоснабжение в маточно-плацентарно-плодовом комплексе. Известно, что автономность маточно-плацентарного кровотока обеспечивается сменой активности специфических субстанций — вазоконстрикторов и вазодилататоров. Как известно, при гестационном сахарном диабете (ГСД) на фоне преобладания симпатoadреналаевой нервной регуляции этот баланс смещается и преобладает синтез вазоконстрикторов, что в итоге потенцирует дизрегуляторные процессы и приводит к осложнённому течению беременности.

Цель исследования — изучение уровней вазоконстрикторов (ангиотензина, эндотелина-1, норадреналина) у беременных с ГСД в зависимости от пола вынашиваемого плода.

Материалы и методы. В I группу вошли 517 женщин с ГСД (253 беременные с плодами женского пола — Ia группа и 264 с плодами мужского пола — Ib группа). II группу «физиологической беременности» составили 584 беременные (280 с плодами женского пола — IIa группа и 304 беременные с плодами мужского пола — IIb группа).

Общими критериями включения для обеих групп стали одноплодная беременность и возраст 18–28 лет. При включении в I группу ещё учитывался уровень глюкозы, являющийся диагностическим для постановки диагноза ГСД, согласно критериям, изложенным в клинических рекомендациях МЗ РФ от 17.12.2013 г. №15–4/10/2–9478 «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение»; во II группу с физиологической беременностью вошли женщины с отсутствием эндокринной патологии и экстрагенитальной заболеваемости в стадии декомпенсации и обострения.

Критерии исключения: многоплодная и индуцированная беременность, хромосомные аберрации и врождённые аномалии развития плода, врождённые пороки развития у женщин, декомпенсация экстрагенитальных заболеваний и эндокринопатий (кроме гестационного сахарного диабета для I группы); а также нежелание женщин участвовать в исследовании.

Определение содержания исследуемых факторов в сыворотке крови пациенток осуществлялось методом иммуноферментного анализа. Обсчёт результатов проводился на фотометре TECAN SUNRISE (Австрия): эндотелин-1 (ммоль/мл) наборами фирмы BIOMEDICA GRUPPE (Германия); адреналин и норадреналин (нг/мл) наборами фирмы IBL (Германия).

Статистическую обработку данных проводили с использованием непараметрических критериев Краскала–Уоллиса для независимых выборок и U-критерия Манна–Уитни. Обработка исходных признаков осуществлялась с использованием пакетов

прикладных программ MS OFFICE EXCEL 2010 и IBM SPSS25.0.0.2. Различия показателей считали статистически значимыми при уровне значимости $p > 0,05$.

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

Заключение. Относительно высокие уровни эндотелина-1, по-видимому, связаны с повреждением эндотелия сосудов, его дисфункцией и нарушением перфузии плаценты при ГСД, более выраженными у матерей мальчиков. С другой стороны, S. Swiderski с соавт. (2010) в своих работах показали, что у беременных с сахарным диабетом имеется снижение чувствительности к рецепторам эндотелина-1. Преобладающие же уровни адреналина в начале беременности у матерей мальчиков могут быть объяснимы более выраженной стрессированностью организма матери в случае вынашивания плодов мужского пола, а также в связи с реализацией его контринсулярных влияний. Подъём уровня норадреналина за счёт большего сродства к альфа-адренорецепторам обуславливает подготовку мускулатуры матки к родам. Более высокая активность вазоконстрикторных подсистем у беременных с ГСД, вынашивающих мальчиков, позволяет глубже понять причины большей частоты ГСД в случае мужского пола плода и большего числа гестационных осложнений у этой категории женщин.

Литература

1. Айламазян Э.К. Сахарный диабет и репродуктивная система женщины: Руководство для врачей / Под ред. Э.К. Айламазяна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 432 с.
2. Аметов А.С. Сахарный диабет 2-го типа. Проблемы и решения. — А.С. Аметов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — С. 430–435.
3. Довжикова И.В. Синтез половых стероидных гормонов в плаценте (обзор литературы) // Бюллетень. — 2011. — Вып. 41. — С. 85–88.
4. Палиева Н.В. Особенности некоторых вазоактивных гормонов и сосудистых факторов у женщин с метаболическим синдромом и их влияние на формирование акушерских осложнений / Н.В. Палиева, Т.Л. Боташева, В.А. Линде и др. // Акушерство и гинекология. — 2017. — №6. — С. 48–54.
5. Радзинский В.Е. Ожирение. Диабет. Беременность. Версии и контраверсии. Клинические практики. Перспективы / Под ред. В.Е. Радзинского, Т.Л. Боташевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 528 с.
6. Хлопонина А.В. Ангиогенные факторы и цитокины у женщин при физиологической и осложнённой беременности в зависимости от пола плода / Т.Л. Боташева, В.А. Линде, Н.В. Ермолова и др. // Таврический медико-биологический вестник. — 2016. — Т. 19. — №2. — С. 22–27.
7. Sheiner E. Gender does matter in perinatal medicine / E. Sheiner, A. Levy, M. Katz et al. // Fetal. Diagn. Ther. — 2004. Vol. 19. — №4. — P. 366–369.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДДЕРЖКИ В РОДАХ АКУШЕРКАМИ И ДОУЛАМИ

Чак А.А., магистр организации здравоохранения
и общественного здоровья, зам. гл. врача по развитию,
акушерка.

Щёлковский перинатальный центр.

E-mail: arina@akusherstvo.pro;

тел.: +7 (925) 261 0149.

В последние десятилетия всё мировое акушерство борется за снижение уровня неоправданных вмешательств в родовой процесс. В данном исследовании мы поставили себе цель определить, как непрерывная поддержка индивидуальной акушерки или доулы в родах повлияет на уровень кесарева сечения, эпидуральной анестезии, амниотомии, эпизиотомии, травм промежности, стимуляции родовой деятельности с применением окситоцина и вакуумной экстракции плода.

To explore the effect of continuous support during labour for decreasing the number of obstetrics intervention and perinatal mortality rate. In this population-based cohort study all woman from main group had continuous support during delivery from midwives and doulas and were identified from the birth center «Akusherstvo Club» (2015—June 2019). Obstetrics intervention was further classified as a number of cesarean section, epidural analgesia, oxytocin augmentation for delivery stimulation, episiotomy, perineal trauma, amniotomy, fetal vacuum-extraction perinatal mortality rate. Continuous support during labour reliable decrease this parameters.

За последние 10 лет концепция «нормальных родов» изменилась радикально — от стимуляции и ускорения родового процесса до наблюдения за нормальным течением родов. Большое значение придаётся удовлетворённости родами, потребности женщин в родах, которые напрямую связаны с пониманием родового процесса женщинами, и оказанием поддержки в течение родов. Новая глобальная стратегия по здоровью женщин, детей и подростков (2016–2030) фокусирует внимание не только на выживаемости в родах, но и на возможности полностью реализовать потенциал жизни и здоровья. Позитивный опыт родов очень важен для женщин, это часть их личностных и социокультурных ожиданий. Современные женщины хотят родить здорового ребёнка в безопасной и заботливой среде с непрерывной поддержкой во время родов и в послеродовом периоде. Они хотят знать, как протекают их роды, и контролировать этот процесс, принимая решения совместно с медицинским персоналом.

Главной целью исследования было изучить, как непрерывная поддержка в родах влияет на следующие параметры: вагинальные роды, роды путём кесарева сечения, амниотомию, эпидуральную анестезию, стимуляцию окситоцином, эпизиотомию, разрывы промежности, вакуумную экстракцию плода.

Мы представляем ретроспективное когортное наблюдательное популяционное исследование всех женщин,

родивших в Российской Федерации в период с июня 2015 г. по июнь 2019 г. Все пациентки основной группы получали непрерывную поддержку в родах со стороны индивидуальной акушерки или доулы. Пациентки из контрольной группы рожали в стандартных условиях.

Все пациентки основной группы прослушали лекции о родах и послеродовом периоде. В лекциях была информация о каждом периоде родов, как они начинаются, протекают и завершаются. Женщины изучали техники релаксации, включающие в себя дыхательные техники, массаж, ароматерапию, различные позы для большего комфорта в процессе родов. 95% женщин посещали лекции со своими партнёрами. Партнёры обучались оказанию эмоциональной поддержки, массажу и дыхательным техникам.

В период с июня 2015 г. по июнь 2019 г. в России произошло 7864496 родов [1]. Из них 30,0% кесаревых сечений [2], 1,1% вакуумных экстракций плода [3], уровень перинатальной смертности составил 7,89%.

В нашем исследовании мы получили следующие результаты: из 1082 женщин, получивших непрерывную поддержку в родах, 165 родили путём кесарева сечения (16%, OR0,4). Уровень эпидуральной анестезии в родах составил 26% (в группе сравнения 92%, OR0,3), стимуляции родовой деятельности с применением окситоцина — 12% (в группе сравнения 78%, OR0,3), эпизиотомии — 2% (в группе сравнения 21%, OR0,07), травм промежности — 28% (в группе сравнения 74%, OR0,37, амниотомии — 26% (84% в группе сравнения, OR0,3), вакуумной экстракции плода — 0,5% (в контрольной группе 1%, OR1,6), перинатальной смертности — 0 случаев.

Непрерывная поддержка в родах со стороны индивидуальной акушерки или доулы снижает уровень кесарева сечения, частоту применения синтетического окситоцина с целью стимуляции родовой деятельности, амниотомии, эпизиотомии, травм промежности и вакуумной экстракции плода и повышает уровень удовлетворённости родами.

Литература

1. Статистический сборник Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2018. — Табл. 15. — С. 82. — URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god>.
2. Статистический сборник Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2018. — Табл. 17. — С. 111. — URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god>.
3. Статистический сборник Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2018. — Табл. 17, прил. 2. — С. 167. — URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god>.
4. Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов: улучшения здоровья и благополучия матерей и новорождённых. — URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272449/WHO-RHR-18.12-rus.pdf?ua=1>.

ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ВИТАМИНА D В ЭНДОМЕТРИИ И ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С БЕСПЛОДИЕМ ТРУБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Чухнина Е.Г., аспирант;

Воропаева Е.Е., докт. мед. наук, доц., проф. кафедры;
Казачков Е.Л., проф., докт. мед. наук;
Казачкова Э.А., проф., докт. мед. наук.
Южно-Уральский государственный медицинский университет;

ООО «Центр акушерства и гинекологии №1».

E-mail: chuhkinaeg@yandex.ru;

тел.: +7 (919) 306 7484.

Рецепторы витамина D (VDR), помимо классических органов-мишеней, широко распространены и в других тканях, в том числе в яичниках, миометрии, эндометрии. Не исключена их важная роль в рецептивности эндометрия и процессе имплантации.

Ключевые слова: поздний репродуктивный возраст, трубный фактор бесплодия, ЭКО, ВРТ, витамин D, рецепторы витамина D.

Vitamin D receptors (VDR), in addition to classical target organs, are widely distributed, including: ovaries, myometria, and endometrium. Their important role in endometrial receptivity and implantation process is not excluded.

Keywords: advanced reproductive age; tubal factor of infertility; assisted reproduction; IVF; ART; vitamin D, vitamin D receptors.

В настоящее время доказано стероидогенное влияние активной формы 1,25(OH)₂D и её участие в модуляции клеточной пролиферации, дифференцировке и апоптозе клеток органов репродуктивной системы. VDR относится к группе ядерных рецепторов, обеспечивающих разнообразные биологические воздействия 1,25(OH)₂D и родственных соединений. Рецепторы витамина D обнаружены в яичниках, миометрии, эндометрии, что не исключает их важную роль в рецептивности последнего. Ряд исследований последних лет продемонстрировал влияние витамина D на процесс имплантации. Однако результаты исследований, оценивающих влияние системы витамина D-VDR на исходы программ ЭКО, спорны и побуждают к дальнейшему поиску корреляционных связей экспрессии VDR в эндометрии с исходами программ ВРТ, рецептивностью эндометрия.

Цель исследования — оценить влияние уровней экспрессии VDR в железах и строме эндометрия у женщин старшего репродуктивного возраста с трубным фактором бесплодия на исходы программ ВРТ.

В проспективное когортное исследование включены 68 женщин старшего репродуктивного возраста с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, проходившие процедуру ЭКО, ЭКО/ИКСИ с использованием собственных ооцитов в «свежих» циклах и криопотоколах при нормозооспермии или незначительной патозооспермии (мужа или донора). Пациентки стратифицированы по группам: I — с наступлением беременности (n=18), II — с отрицательными исходами в программах ВРТ (n=50). Выполнено 25 программ ЭКО, 43 — ЭКО/ИКСИ. ЧНБ составила 26,5% — на перенос.

Экспрессия VDR в строме эндометрия в I группе составила $4,98\% \pm 3,29$ (ДИ 95% 3,34–6,62), во II — $7,60\% \pm 2,73$ (ДИ 95% 6,82–8,38) (p=0,003).

Экспрессия VDR в железах эндометрия в группах составила $5,23\% \pm 4,37$ (ДИ 95% 3,05–7,40) и $7,64\% \pm 3,60$ (ДИ 95% 6,61–8,66 соответственно) (p=0,031).

Определена сильная положительная корреляция экспрессии VDR между стромой и железами эндометрия ($r=0,656$, p=0,000), отрицательная экспрессия VDR в строме ($r=-0,37$, p=0,001) и в железах ($r=-0,26$, p=0,03) с исходами программ ВРТ.

Площадь под ROC-кривой (AUC) экспрессии VDR в железах и строме эндометрия составила $0,672 \pm 0,079$ (ДИ 95% 0,518–0,827; p=0,031) и $0,739 \pm 0,063$ (ДИ 95% 0,616–0,862; p=0,003) соответственно. Пороговое значение экспрессии VDR-рецепторов в строме эндометрия в точке cut-off составило 8,7%. Чувствительность и специфичность метода составила 100 и 40% соответственно.

Заключение. Экспрессия рецепторов витамина D в железах и строме коррелирует. Однако большая прогностическая значимость определена для экспрессии рецепторов в строме эндометрия. Благоприятные исходы программ ВРТ определяют снижение экспрессии рецепторов витамина D в строме эндометрия: при снижении экспрессии на 1% шансы на благоприятный исход возрастают в 1,3 раза. Полученные результаты позволяют расширить спектр маркеров рецептивности эндометрия. Выявленное референсное значение экспрессии VDR в строме эндометрия позволяет разработать новые подходы к патогенетической подготовке эндометрия к имплантации blastocysts.

Литература

1. Katayama Y. Vitamin D receptor: A critical regulator of inter-organ communication between skeletal and hematopoietic systems // *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.* — 2019. — Vol. 190. — P. 281–283.
2. Grzesiak M., Waszkiewicz E., Wojtas M. et al. Expression of vitamin D receptor in the porcine uterus and effect of 1,25(OH)₂D₃ on progesterone and estradiol-17β secretion by uterine tissues in vitro // *Theriogenology.* — 2019. — Vol. 125. — P. 102–108.
3. Sayem A.S.M., Giribabu N., Karim K. et al. Differential expression of the receptors for thyroid hormone, thyroid stimulating hormone, vitamin D and retinoic acid and extracellular signal-regulated kinase in uterus of rats under influence of sex-steroids // *Biomed. Pharmacother.* — 2018. — Vol. 100. — P. 132–141.
4. Jang H., Choi Y., Yoo I. et al. Vitamin D-metabolic enzymes and related molecules: Expression at the maternal-conceptus

interface and the role of vitamin D in endometrial gene expression in pigs // PLoS One. — 2017. — Vol. 12. — №10. — P. e0187221.

5. Zarnani A.H., Shahbazi M., Salek-Moghaddam A. et al. Vitamin D₃ receptor is expressed in the endometrium of cycling mice throughout the estrous cycle // *Fertil. Steril.* — 2010. — Vol. 93. — №8. — P. 2738–2743.
6. Emam M.A., Abouelroos M.E., Gad F.A. Expression of calbindin-D_{9k} and vitamin D receptor in the uterus of Egyptian buffalo during follicular and luteal phases // *Acta Histochem.* — 2016. — Vol. 118. — №5. — P. 471–477.
7. Cermisoni G.C., Alteri A., Corti L. et al. Vitamin D and Endometrium: A Systematic Review of a Neglected Area of Research // *Int. J. Mol. Sci.* — 2018. — Vol. 19. — №8. — P. 2320.
8. Kinuta K., Tanaka H., Moriwake T. et al. Vitamin D is an important factor in estrogen biosynthesis of both female and male gonads // *Endocrinology.* — 2000. — Vol. 141. — №4. — P. 1317–1324.
9. Vienonen A., Miettinen S., Bläuer M. et al. Expression of nuclear receptors and cofactors in human endometrium and myometrium // *J. Soc. Gynecol. Investig.* — 2004. — Vol. 11. — №2. — P. 104–112.
10. Guo J., Liu S., Wang P. et al. Characterization of VDR and CYP27B1 expression in the endometrium during the menstrual cycle before embryo transfer: implications for endometrial receptivity // *Reprod. Biol. Endocrinol.* — 2020.
11. Weisman Y., Harell A., Edelstein S. et al. 1 alpha, 25-Dihydroxyvitamin D₃ and 24,25-dihydroxyvitamin D₃ in vitro synthesis by human decidua and placenta // *Nature.* — 1979. — Vol. 281. — №5729. — P. 317–319.
12. Panda D.K., Miao D., Tremblay M.L. et al. Targeted ablation of the 25-hydroxyvitamin D₁alpha-hydroxylase enzyme: evidence for skeletal, reproductive, and immune dysfunction // *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* — 2001. — Vol. 98. — №13. — P. 7498–7503.
13. Evans K.N., Nguyen L., Chan J. et al. Effects of 25-hydroxyvitamin D₃ and 1,25-dihydroxyvitamin D₃ on cytokine production by human decidual cells // *Biol. Reprod.* — 2006. — Vol. 75. — №6. — P. 816–822.
14. Rudick B.J., Ingles S.A., Chung K. et al. Influence of vitamin D levels on in vitro fertilization outcomes in donor-recipient cycles // *Fertil. Steril.* — 2014. — Vol. 101. — №2. — P. 447–452.

ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ БОС-ТЕРАПИИ ТАЗОВОГО ДНА У РОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Шатилова М.С., врач лечебной физкультуры.
A Medclinic.
E-mail: shatilova@amed.clinic;
тел.: +7 (916) 559 5754.

Проблема качества сексуальной жизни у рожавших женщин стоит остро. Одной из причин данной проблемы является слабость мышц тазового дна. В данном исследовании мы выявляли закономерность в изменении качества сексуальной жизни у рожавших женщин на фоне БОС-терапии мышц

тазового дна. Использование данной методики позволяет значительно повысить качество сексуальной жизни по сравнению с тренировками без обратной связи.

Now days the quality of life is more and more important, including the quality of sexual life. According to our study only 6% women after vaginal birth and 24% women after cesarian section were satisfied with the quality of their sexual life. Postpartum woman faced next problems: pain during penetrative sexual activity, difficultly with orgasm achievement, partner's satisfaction decline. All this factors leads to the family quality of life decline, women self-esteem decrease, psychological problems in family, and can be a one of factors of postpartum depression. Woman have a problem with scoring their difficulties in sexual life, and our task as well is not to miss this condition.

В настоящее время огромное значение приобретает качество жизни людей, в том числе качество сексуальной жизни. После родов большинство женщин отмечают проблемы в сексуальной сфере, связанные с болью во время полового акта, затруднениями с достижением оргазма, снижением удовлетворённости партнёра. Данная проблема резко снижает качество жизни семьи, приводит к психологическим проблемам, является одной из причин разводов.

Проведена оценка эффективности тренировки мышц тазового дна с помощью аппарата с биологической обратной связью для повышения либидо и качества сексуальной жизни у рожавших женщин. В А Medclinic обследовано 157 женщин в возрасте от 25 до 39 лет. Критерии включения: минимум одни роды в анамнезе; наличие жалоб на снижение качества сексуальной жизни; слабость мышц тазового дна, подтверждённая с помощью БОС-аппарата (менее 50 hPa). Критерии исключения: проведённые операции по коррекции слабости мышц тазового дна; проведённые малоинвазивные процедуры, направленные на улучшение состояния слизистой влагалища, более трёх родов в анамнезе.

Женщины были подразделены на две подгруппы: женщины, рожавшие через естественные родовые пути (106), и женщины, родившие путём кесарева сечения (51). Всем пациенткам была проведена БОС-терапия мышц тазового дна в количестве 10 процедур (одна процедура в неделю, длительность процедуры 30 мин). В дополнение к занятиям под контролем аппарата женщины каждый день выполняли тренировки длительностью 15 минут в домашних условиях. В ходе исследования фиксировались удовлетворённость сексуальной жизнью по 10-балльной шкале на момент начала исследования, сила мышц тазового дна, выносливость мышц тазового дна. После завершения курса из 10 процедур фиксировались те же показатели.

В группе с БОС-терапией уровень удовлетворённости качеством сексуальной жизни оказался на 19,2% выше, чем в контрольной группе у женщин, родивших через естественные родовые пути.

В группе с БОС-терапией уровень удовлетворённости качеством сексуальной жизни оказался на 17,2% выше, чем в контрольной группе у женщин, родивших путём кесарева сечения.

При исследовании изменения качества сексуальной жизни у рожавших женщин на фоне применения БОС-терапии было выявлено, что оно повышается в обеих

исследуемых группах. В группе женщин, рожавших через естественные родовые пути, наблюдается более резкое повышение удовлетворённости качеством сексуальной жизни, что мы связываем с большей исходной слабостью мышц тазового дна и улучшением их состояния на фоне регулярных тренировок.

Литература

1. Kotarinos R.K. Pelvic floor physical therapy for management of myofascial pelvic pain syndrome in women. — URL: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-floor-physical-therapy-for-management-of-myofascial-pelvic-pain-syndrome-in-women?search=pelvic%20floor%20biofeedback&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.
2. Shifren J.L. Overview of sexual dysfunction in women: Management. — URL: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-women-management?search=pelvic%20floor%20biofeedback&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9.
3. Adams S.R., Dessie S.G., Dodge L.E. et al. Pelvic Floor Physical Therapy as Primary Treatment of Pelvic Floor Disorders With Urinary Urgency and Frequency-Predominant Symptoms // Female Pelvic Med. Reconstr. — Surg. — 2015. — Vol. 21. — №5. p. 252.
4. Fitzgerald M.P., Payne C.K., Lukacz E.S. et al. Randomized multicenter clinical trial of myofascial physical therapy in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and pelvic floor tenderness // J. Urol. — 2012. — Vol. 187. — №6. — P. 2113.
5. Bedaiwy M.A., Patterson B., Mahajan S. Prevalence of myofascial chronic pelvic pain and the effectiveness of pelvic floor physical therapy // J. Reprod. Med. — 2013. — Vol. 58. — №11–12. — P. 504–510.

РАННИЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ И ГИПОФИБРИНОЛИЗ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ

*Яворская С.Д., докт. мед. наук, доц., проф. кафедры¹;
Момот А.П., докт. мед. наук, проф., директор²;
Лебедева Е.И., аспирант кафедры¹.*

¹Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии с курсом ДПО (г. Барнаул);

²Алтайский филиал Национального медицинского исследовательского центра гематологии Минздрава России (г. Барнаул).
E-mail: l2001@bk.ru;
тел.: +7 (962) 792 7942.

Недооценённым в репродуктологии фактором риска ранних репродуктивных потерь является снижение фибринолитической активности сосудистой стенки — гипофибринолиз. Применение курса перемежающей пневматической компрессии (ППК) на этапе прегравидарной подготовки для коррекции гипофибринолиза

позволяет снизить частоту повторных ранних репродуктивных потерь на 13,1%, преэклампсии на 10,5%, перинатальных поражений ЦНС у новорождённых на 19,8%.

Low fibrinolytic activity of the vascular wall (hypofibrinolysis) is an underestimated risk factor for early reproductive loss in reproductology. The usage of a course of intermittent pneumatic compression (IPC) during the preconception care for the correction of hypofibrinolysis allows reduce the frequency of recurrent early reproductive losses by 13.1%, preeclampsia by 10.5%, and perinatal lesions of central nervous system in newborns by 19.8%.

Актуальность проблемы спорадического невынашивания беременности обусловлена повышением риска последующих репродуктивных потерь до 43%. Одним из значимых условий для успешной имплантации, плацентации, роста и созревания плаценты является баланс всех звеньев системы гемостаза: прокоагулянтного, антикоагулянтного и фибринолитического. Угнетение фибринолиза сдвигает равновесие в сторону протромботической активности, что ассоциируется с ранними гестационными потерями и другими акушерскими осложнениями.

Цель исследования — улучшение репродуктивных исходов у пациенток с ранней потерей беременности и гипофибринолизом с помощью курса ППК на этапе прегравидарной подготовки. Пациентки с ранними репродуктивными потерями в анамнезе, включённые в исследование (n=204) с учётом их приверженности к предлагаемому методу коррекции фибринолитических реакций, были распределены на две группы: основную группу с применением курса ППК (n=114) и группу сравнения отказавшихся от него (n=90). Снижение фибринолитической активности определялось как угнетение XIIa-зависимого фибринолиза более 12 минут. Определение t-PA и PAI-1 (основных участников системы фибринолиза) осуществлялось с помощью иммуноферментного анализа (наборы реагентов t-PA Combi Actibind ELISA Kit и Actibind PAI-1 ELISA [Technoclone, Австрия]). Ультразвуковая диагностика проведена на аппарате экспертного класса Accuvix V10 компании Samsung Medison (Япония) с использованием прикладной программы VOCALTM (Virtual Organ Computer-aided AnaLysis), в которой автоматически рассчитывались индексы васкуляризации (VI), потока (FI) и перфузии эндометрия (васкуляризационно-поточковый индекс [VFI]) посредством построения гистограмм. Методика ППК заключалась в наложении на область плеча в режиме волновой компрессии семикамерной компрессионной манжеты аппарата «Пневмомассажёр ПМ». Курс терапии применялся в первом фертильном цикле с 21–23-го дня менструального цикла и состоял из восьми сеансов по 2 раза в неделю, длительность компрессии составляла 30 мин. Ретроспективно нами была определена высокая значимость гипофибринолиза в генезе первичных (72,6%) и повторных (83,8%) ранних репродуктивных потерь. На проспективном этапе после проведения курса ППК была выявлена активация профибринолитического ответа сосудистой стенки по приросту отношения t-PA/PAI-1 на 55,6% (p=0,002), преимущественно за счёт снижения концентрации ингибитора активатора плазминогена I типа PAI-1 (p<0,001). Наряду с положительными изменениями параметров системы фибринолиза после применения курса ППК по данным доплерометрии в режиме

VOCAL на 21–23-й дни менструального цикла определено усиление индексов перфузии эндометрия: FI на 11,9% (p=0,0001), VI на 13,4% (p=0,0003), VFI на 38,5% (p=0,004). При оценке клинической эффективности курса ППК у пациенток с гестационными потерями до 12 нед в анамнезе и гипофибринолизом было выявлено снижение частоты ранних репродуктивных потерь на 13,1% (6,7 и 18,0%; RR0,4, 95% CI [0,2–0,9]; p=0,026) и преэклампсии на 10,5% (4,8 и 15,3%; RR0,3, 95% CI [0,1–0,8]; p=0,025), увеличение частоты срочных родов на 13,1% (92,3 и 79,2%; RR1,2, 95% CI [1,1–1,3]; p=0,021), снижение частоты перинатальных поражений ЦНС у новорождённых на 19,8% (13,5 и 33,3%; RR0,4, 95% CI [0,2–0,7]; p=0,002), что снизило потребность во втором этапе выхаживания в 2,3 раза (11,5 и 26,4%; RR: 0,4, 95% CI [0,2–0,8]; p=0,014).

Таким образом, коррекция недостаточной фибринолитической активности сосудистой стенки с помощью перемежающей пневматической компрессии может способствовать формированию полноценного «окна имплантации» за счёт усиления перфузии эндометрия. Включение курса ППК в прегравидарную подготовку пациенток с ранними репродуктивными потерями и гипофибринолизом позволяет снизить частоту гестационных осложнений и улучшить репродуктивные исходы.

Литература

1. *Беременность ранних сроков. От прегравидарной подготовки к здоровой гестации / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2018. — 800 с.*
2. *Rabe Eberhard et al. Risks and contraindications of medical compression treatment — A critical reappraisal. An international consensus statement // Phlebology. — 2020. — Vol. 35. — P. 447–460.*
3. *Role of Plasminogen Activator Inhibitor Type 1 in Pathologies of Female Reproductive Diseases / Y. Ye, A. Vattai, X. Zhang [et al.] // Int. J. Mol. Sci. 2017. — Vol. 1 (8). — P. 1651.*

Неонатология

ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ И РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

*Адуева У.Г., детский онколог онкологического
отделения №1;*

*Петриченко А.В., докт. мед. наук, учёный
секретарь;*

*Шароев Т.А., докт. мед. наук, проф., руководитель
научно-организационного отдела;*

*Иванова Н.М., докт. мед. наук, проф.,
зав. онкологическим отделением №1;*

*Нестерова Ю.А., детский онколог онкологического
отделения №2;*

*Мецзякова Т.И., канд. мед. наук, врач-генетик
отделения генетики;*

Кожанова Т.В., врач-генетик отделения генетики.

Научно-практический центр специализированной
медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Департамента здравоохранения г. Москвы.

E-mail: adueva.1989@mail.ru;

тел.: +7 (915) 195 1997.

Опухоли в неонатальном периоде — уникальная область для изучения опухолевого генеза, а также диагностическая и терапевтическая проблема для клиницистов. Широкое использование рутинных антенатальных ультразвуковых сканирований и технологическое улучшение качества изображения, возможность проведения МРТ плода привели к более частому выявлению подозрительных очагов, и, что особенно важно, в более раннем гестационном возрасте также проводится медико-генетическое консультирование новорождённых. Генетическое обследование проведено 57 детям онкологического отделения в возрасте до 1 года, синдромальная генетическая патология выявлена у девяти (15%). Большинство опухолей, встречающихся у детей раннего возраста, относится по типу наследования к аутосомо-доминантной группе.

Актуальность. Опухоли в неонатальной возрастной группе встречаются редко, только 2% детских опухолей встречаются у новорождённых. Большинство исследований представляют собой опыт отдельных учреждений. Кроме того, данные о мертворождениях часто не включаются в общее исследование, и критерии определения чётко не определены. В отличие от опухолей у детей старшего возраста и взрослых, большинство из них доброкачественные, а злокачественные опухоли могут демонстрировать регрессию. Также отличаются и клинические проявления, которые не всегда коррелируют с гистологическим диагнозом злокачественного процесса. Эти факторы в совокупности делают опухоли в неонатальном периоде уникальной областью для изучения опухолевого генеза, а также диагностической и терапевтической проблемой для клиницистов.

Цель исследования — определение роли генетических факторов в развитии злокачественных новообразований у новорождённых детей.

Материалы и методы. Широкое использование рутинных антенатальных ультразвуковых сканирований и технологическое улучшение качества изображения, МРТ плода привели к более частому выявлению подозрительных очагов, и, что особенно важно, в более раннем гестационном возрасте проводится медико-генетическое консультирование новорождённых. Наиболее распространённые опухоли у детей раннего возраста имеют врождённый характер — нефробластома, нейробластома, медуллобластома, ретинобластома, гепатобластома. В неонатальном периоде более часто происходит спонтанная ремиссия нейробластомы, нефробластомы, лимфомы Беркитта. С 2015 по 2020 год в онкологическом отделении №1 наблюдались и получали лечение 316 детей, мальчиков — 177 (56,0%), девочек — 138 (44,0%), первичных — 124 (39,24%), повторных — 192 (60,76%). В возрасте от 0 до 7 дней был один ребёнок, 8–29 дней — 11 детей, 1–5 мес — 148, 6–11 мес — 156 детей. Опухоли торако-абдоминальной локализации были у 194 (61,4%) детей, головы и шеи — 33 (10,5%), ЦНС — 34 (10,7%), саркомы мягких тканей — 16 (5,06%), костей — одного (0,3%), доброкачественные новообразования — у 32 (10,1%).

Результаты. Генетическое обследование проведено 57 детям в возрасте до 1 года, синдромальная патология выявлена у девяти (15%). Из них у пяти детей, больных нефробластомой, были выявлены: синдром Беквита–Видемана — у трёх пациентов, синдромом Симпсона–Голаби — у одного, WAGR-синдром — у одного. Туберозный склероз и астроцитомы были у одного ребёнка, три ребёнка были с синдромом Куррарино: два — с тератомой крестцово-копчиковой области, один — с опухолью желточного мешка.

Заключение. У неонатальных опухолей генетические факторы имеют высокую значимость. Доказана наследственность опухолей и связь с пороками развития у детей. Большинство опухолей, встречающихся у детей раннего возраста, относится по типу наследования к аутосомо-доминантной группе.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Аксельров М.А., докт. мед. наук, зав. кафедрой¹;

*Белоцерковцева Л.Д., докт. мед. наук, зав.
кафедрой², главный врач³;*

*Присуха И.Н., зав. отделением неонатальной
хирургии³.*

¹Тюменский государственный медицинский университет
Минздрава России, кафедра детской хирургии;

²Сургутский государственный университет, кафедра
акушерства, гинекологии и перинатологии;

³Сургутский клинический перинатальный центр.

E-mail: prisuha_igor@mail.ru;

тел.: +7 (982) 563 4259.

Научно-практическая школа
«**НЕОНАТОЛОГИЯ: инновации
с позиций доказательной медицины.
Интенсивная терапия в педиатрии**»



Научно-практическая школа
«**ПЕДИАТРИЯ: от синдрома
к диагнозу и лечению**»

Цикл однодневных онлайн-школ – 2020
19 сентября, 24 октября, 19 декабря

ТЕМЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

- Работа неонатолога в новых условиях. Юридические и клинические вызовы.
- Маршрутизация недоношенных в мегаполисе. Учёт ошибок.
- Всегда ли надо стремиться к догоняющему росту?
- Антибактериальная терапия. Что означает «не навреди» сегодня.
- Микробиота новорождённого. Как с ней подружиться неонатологу?
- Выхаживание недоношенных: организация адекватной респираторной поддержки как приоритетное направление.
- Новорождённый с экстремально низкой массой. Всегда актуально.
- Интенсивная терапия новорождённых детей, родившихся с пороками развития.
- Первичная реанимация новорождённых в родзале.
- Роль педиатра в формировании устойчивой связи «мама–ребёнок».
- Диетологические технологии: возможности для профилактики и важная составляющая терапии.
- Вакцинация-2020: отступить некуда!
- Инфекции. Старые знакомые с новыми лицами и новая коронавирусная инфекция.
- Междисциплинарный подход в лечении гастроэнтерологических заболеваний.
- Иммуномодулирующие препараты в педиатрии: контраргументы доказательности у «модуляторов», «стимуляторов» и «протезов антител».
- Аллергия. Обязательные знания для педиатра.
- Как заподозрить болезни органов мочевой системы у детей?
- Неотложная педиатрия в каверзных вопросах и аргументированных ответах.

ВНИМАНИЕ!

Участие в школах бесплатное!

Для участия в школе зарегистрируйтесь на сайте praesens.ru

ОНЛАЙН-ПЛАНЕТАРИЙ

НОВОСТИ. ОБЗОРЫ. ЛАЙФХАКИ.
И НЕМНОГО *Хайпа*...»

adASTRA★

УЧИТЬСЯ · КОГДА · УДОБНО!
Общероссийский цикл звёздных
вебинаров от StatusPraesens ★
ДЛЯ ВРАЧЕЙ



StatusPraesens
profmedia



+7 (499) 346 3902, доб. 515

ba@praesens.ru

praesens.ru

stpraesens

praesens

statuspraesens



Ретроспективный много(двух-)центровой анализ 196 историй болезней незрелых недоношенных пациентов, получавших стационарное лечение по поводу острых процессов в брюшной полости. В течение 6 лет на двух клинических базах диагностическая лапароскопия (ДЛС) выполнена в 35 случаях с подозрением на прогрессирование некротизирующего энтероколита (НЭК). Полученные при ДЛС сведения позволили выявить поражения кишечника, опередив перфорацию, при стабильном состоянии пациента.

The retrospective multi (two-) center analysis of 196 medical cases of immature premature patients, receiving inpatient treatment for acute abdominal processes. Within 6 years at 2 clinical sites, diagnostic laparoscopy (DLS) was performed in 35 cases with suspected progression of necrotizing enterocolitis (NEC). The data, obtained with DLS, made it possible to identify intestinal lesions, ahead of perforation, with a stable patient's condition.

Цель исследования — снижение рисков неуправляемого поражения (глубины и протяжённости) кишечной стенки прогрессирующим некротизирующим энтероколитом у недоношенных детей.

Актуальность. Особое значение имеет своевременность диагностики и хирургического лечения перфорации кишечника у недоношенных детей, численность которых в качестве пациентов палат реанимации и интенсивной терапии растёт благодаря успехам неонатальной помощи [1]. Наиболее опасным у этой когорты является прогрессирование некротизирующего энтероколита. Диагностика некроза кишечника до развития перфорации несовершенна и затруднена [2], а использование диагностической лапароскопии облегчает выбор показаний к лапаротомии, опережающей перфорацию [3].

Материалы и методы. Проведён много(двух-)центровой ретроспективный анализ 196 историй болезней незрелых недоношенных пациентов, получавших стационарное лечение по поводу острых процессов в брюшной полости в детском стационаре Тюменской областной клинической больницы №2–(75,5%; n=148) и в БУ ХМАО — Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» — (24,5%; n=48) за период 2014–2019 гг.

В представленных когортах все дети рождены от отягощённых беременностей, завершившихся преждевременно на сроках гестации от 22 нед + 4 дня до 28 нед + 6 дней, с массой тела от 310 до 1790 г при рождении. По гендерному составу: мальчиков было 49% (n=96), девочек — 51% (n=100).

При внедрении у недоношенных детей на обеих клинических базах операции ДЛС выполнялись в «светлом» клиническом промежутке, по достижении эффекта от интенсивной терапии; при клинико-лучевых и лабораторных критериях НЭК IIb стадии (по M.C. Walsh, R.M. Kliegman) были выявлены полнослойные поражения подвздошной кишки в состоянии предперфорации. В указанных клинических ситуациях без полученных с помощью ДЛС сведений о состоянии стенки кишки не вызывало бы сомнений продолжение консервативного лечения (с неопределённым прогнозом).

Результаты. За период активного использования в течение 6 лет на двух клинических базах диагностическая лапароскопия выполнена у 35 недоношенных и крайне незрелых детей с подозрением на острую хирур-

гическую патологию органов брюшной полости; из них в Тюменской ОКБ №2 — 45,71% (n=16); в Сургутском КПЦ — 54,28% (n=19).

Признаки предперфорации кишечника потребовали конверсии у 22 детей, что составило 62,85% обследуемой когорты до перфорации полых органов; еще в шести случаях диагностированы другие (более редкие) острые процессы в брюшной полости. У семи детей при асците на фоне сепсиса операция ДЛС завершена дренированием брюшной полости с положительным клиническим эффектом (лечебный контроль внутрибрюшного давления).

Выводы. При подозрении на прогрессирование НЭК использование диагностической лапароскопии помогает решить тактические задачи с опережением перфорации кишечника у недоношенных детей.

Оперативное лечение некротизирующего энтероколита до перфорации кишечника у недоношенных детей снижает риски неуправляемости случаев поражения (глубины и протяжённости) кишечной стенки.

Литература

1. Zani A. International survey on the management of necrotizing enterocolitis/ A. Zani, S. Eaton, P. Puri [et al.] // Eur. J. Ped. Surg. — 2015. — Vol. 25. — P. 27–3.
2. Аксельров М.А., Белоцерковцева Л.Д., Присуха И.Н. Некротизирующий энтероколит: эскалация хирургических решений // Медицинский альманах. 2019. — Октябрь. — №5–6 (61). — С. 30–35.
3. Smith J. What role does laparoscopy play in the diagnosis and immediate treatment of infants with necrotizing enterocolitis? / J. Smith, M. Thyoka // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. — 2013. — Vol. 23. — P. 397–401.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Алексеев Л.А., врач-неонатолог, реаниматолог¹;

Углева Т.Н., докт. мед. наук, доц.²;

Колмаков И.В., зав. отделением реанимации и интенсивной терапии новорождённых¹;

Тарабрина В.Г., врач-неонатолог¹.

1 Окружная клиническая больница (г. Ханты-Мансийск);

2 Ханты-Мансийская государственная медицинская академия.

E-mail: alexa33@mail.ru;

тел.: +7 (912) 087 8488, +7 (950) 500 6283.

Способность адаптации к внеутробным условиям для основных систем организма, обеспечивающих гомеостаз, значительно снижается у глубоконедоношенных детей, что оказывает существенное влияние на уровень перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности.

Adaptation capacity for extrauterine conditions for the basic systems of the body providing homeostasis is significantly reduced in deeply premature babies, which has a significant impact on the level of perinatal and neonatal morbidity and mortality.

Новорождённые с массой тела при рождении менее 1500 г подвержены в раннем неонатальном периоде целому ряду критических состояний, ставящих под угрозу жизнь и здоровье недоношенного ребёнка и приводящих к развитию инвалидизации.

Цель исследования — обосновать особенности течения ранней неонатальной адаптации у новорождённых с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) для оптимизации диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Методы исследования. Аналитический (анализ ранней и поздней неонатальной смертности, заболеваемости новорождённых с ЭНМТ и ОНМТ за период 2013–2019 гг. по данным перинатального центра ОКБ ХМАО — Югры), клинико-лабораторный (показатели кислотно-основного и электролитного гомеостаза крови рН, ВЕ, HCO₃, Lac, K, Ca, Na с помощью ионоселективного ионизатора «ABL 800 FLEX») у 148 новорождённых с ЭНМТ (n=85, основная группа) и ОНМТ (n=63, группа сравнения), статистический метод.

Частота рождения детей с ЭНМТ в структуре всей недоношенности составляет в окружном перинатальном центре г. Ханты-Мансийска за последние 5 лет 12,3–14,0%. У 57,9% недоношенных детей с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде развивается выраженная полиорганная дисфункция, в том числе у 43,2% пациентов характерны признаки острого повреждения почек. У 37,2% новорождённых с ЭНМТ отмечался летальный исход, что значительно превышает этот показатель в группе новорождённых с ОНМТ — 5,4% (p<0,05). У 29,42% новорождённых с ЭНМТ летальный исход наступил в ранний неонатальный период. Частота встречаемости гипотермии в группе ЭНМТ как выживших, так и умерших одинакова и составляет 39,0%, что значительно чаще, чем в группе детей с ОНМТ (16,4%, p<0,05). Характерными клиническими заболеваниями и состояниями у новорождённых с ЭНМТ в течение раннего неонатального периода являются респираторный дистресс-синдром (92%), интранатальная асфиксия (88%), анемия (85%), внутрижелудочковые кровоизлияния (45%), гипербилирубинемия (90%), ЗВУР (36%), врождённые инфекции (28%), гемодинамически значимый артериальный проток (34%). Выраженные нарушения кислотно-основного гомеостаза типичны для детей с ЭНМТ (77%) с первых часов жизни и в течение раннего неонатального периода, в отличие от группы детей с ОНМТ. Частота респираторного ацидоза снижается к 7 сут жизни по сравнению с первыми часами жизни. Для умерших детей с ЭНМТ, в отличие от выживших, характерна декомпенсация изменений КОС по уровню рН, HCO₃ и ВЕ крови в первые 3 сут жизни, с нарастанием лактата крови в последующие дни жизни и выраженным метаболическим ацидозом к 7 сут жизни. Изменения водно-электролитного баланса у новорождённых с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде по сравнению с более зрелыми детьми с ОНМТ проявляются гипернатриемией с первых суток жизни, гипокальциемией с 3 сут жизни, с нормализацией показателей к 7 сут

жизни. Выраженная гиперкалиемия характерна для контингента умерших детей с ЭНМТ, в отличие от выживших, в 1 и 7 сут жизни.

Литература

1. Первичная и реанимационная помощь новорождённым детям: Методическое письмо от 21.04.2010 г. №15–4/10/2–3204 / Под ред. Н.Н. Володина, Е.Н. Байбариной, Г.Т. Сухих.
2. Реанимация и стабилизация состояния новорождённых детей в родильном зале: Методическое письмо / Под ред. проф. Е.Н. Байбариной. — М., 2020.
3. Шабалов Н.П. Перинатальный опыт адаптации к внеутробной жизни // Неонатология: новости, мнения, обучение. — 2019. — Т. 7. — №2. — С. 9–21.
4. Алексеенко Л.А., Колмаков И.В., Шинкаренко Е.Н. и др. Выхаживание новорождённых от сверхранных преждевременных родов в перинатальном центре ОКБ: результаты и перспективы // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. — 2017. — №3. — С. 4–9.

ДИНАМИКА СКОРОСТИ ДИУРЕЗА, УРОВНЯ КРЕАТИНИНА И СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ГЛУБОКО- НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Углева Т.Н., докт. мед. наук, доц.¹;
Алексеенко Л.А., врач-неонатолог, реаниматолог²;
Колмаков И.В., зав. отделением реанимации
и интенсивной терапии²;
Тарабрина В.Г., врач-неонатолог².

¹Ханты-Мансийская государственная медицинская академия (г. Ханты-Мансийск);

²окружная клиническая больница (г. Ханты-Мансийск).
E-mail: tatjana.ugleva@yandex.ru;
тел.: +7 (950) 500 6283.

Среди наиболее значимых систем органов, характеризующихся морфофункциональной незавершенностью у недоношенных новорождённых с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ), является мочевыделительная система. Креатинин сыворотки крови, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и объём мочи являются стандартными показателями для диагностики острого повреждения почек у новорождённых детей.

Among the most significant organ systems characterized by morphofunctional incompleteness in preterm infants with extremely low body weight (ELWB) and very low body weight (VLBW), is the urinary system. Creatinine serum, the rate of tubular filtration (eGFR) and urine volume are standard indicators for diagnosing acute kidney injury in newborn.

Цель исследования — провести динамическую оценку почечной функции у недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ в течение неонатального периода жизни.

Методы исследования. Основную группу составили 85 новорождённых с ЭНМТ от 480 до 998 (820) г, гестационным возрастом 23–29 (26) нед. Группой сравнения послужили 63 новорождённых с ОНМТ, рождённых на сроке гестации 26–35 (30) нед, с массой тела от 1000 до 1500 (1277) г. Для количественного определения креатинина применяли кинетический метод Яффе (Jaffe reaction) с помощью анализатора для биохимических исследований Cobas c311 (Roche, Германия). Расчёт скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина проводили по модифицированной формуле Шварца (Schwartz) для новорождённых детей: $СКФ (мл/мин/1,73 м^2) = 0,33 \times \text{рост (см)} / \text{креатинин сыворотки (мг\%)}$.

Результаты исследования показали, что для новорождённых с ЭНМТ характерен низкий функциональный резерв почек, в основном за счёт снижения способности к фильтрации. В первую очередь страдает функция клубочка нефрона, что проявляется снижением диуреза, низкими значениями СКФ и приводит в конечном итоге к развитию симптомов почечной недостаточности. Это доказывается динамическими изменениями скорости диуреза, уровня креатинина и СКФ в течение раннего и позднего неонатального периода жизни детей, рождённых от сверхранних преждевременных родов. Скорость диуреза у новорождённых детей с ЭНМТ наблюдалась наименьшая в первые сутки после рождения, с последующим достоверным увеличением к 3-м суткам жизни [2,85 и 4,95 мл/кг/ч, $p=0,001$]. При сравнении двух групп детей выявлена достоверно низкая скорость диуреза у детей с ЭНМТ на 1-е [2,85 и 3,5 мл/кг/час, $p=0,01$] и 2-е сутки [3,5 и 3,8 мл/кг/ч, $p=0,03$] жизни. В последующие 14 сут жизни скорости диуреза не имели статистически достоверных различий между группами детей. Для умерших впоследствии новорождённых с ЭНМТ характерна значительно более низкая скорость диуреза во 2-е [2,1 мл/кг/ч, $p=0,003$] и 3-и сутки жизни [4,9 мл/кг/ч, $p=0,01$], а также с 3 нед жизни по сравнению с выжившими детьми с ЭНМТ. Для новорождённых с ЭНМТ характерно достоверное нарастание уровня креатинина сыворотки крови с 59,23 мкмоль/л в 1-е сутки жизни с повышением к 3-м суткам до 103,95 мкмоль/л ($p=0,03$) и дальнейшим постепенным снижением его уровня. Динамика уровня креатинина сыворотки крови у новорождённых с ОНМТ в течение раннего неонатального периода не имела существенных отличий по дням жизни. По сравнению с группой ОНМТ в группе детей с ЭНМТ содержание креатинина в сыворотке крови отличалось достоверно более высокими значениями на 5–7-е сутки жизни [88,5 и 72,4 мкмоль/л, $p=0,0005$], сохранялось на высоком уровне в течение всего неонатального периода жизни. Выявлен более высокий уровень сывороточного креатинина у умерших детей с ЭНМТ, начиная с 4-х суток жизни, по сравнению с выжившими детьми [107 и 77,34 мкмоль/л, $p=0,0005$], сохраняясь во все последующие сроки наблюдения. При сопоставлении показателей СКФ в основной группе и группе сравнения нами выявлены достоверно низкие значения СКФ в группе детей с ЭНМТ начиная с 4-х суток жизни и сохраняясь в течение первого месяца жизни и даже последующих месяцев.

Литература

1. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury Kidney International supplements / Пер. А.М. Андрусева и Е.С. Камышовой; под ред. Е.В. Захаровой. — March 2012. — Vol. 2. — Iss. 1. — 164 p.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ НЕДОНОШЕННЫХ И МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Артёменко Л.И., врач функциональной диагностики Центра медицинской реабилитации, врач высшей категории;

Гадебская Р.Н., гл. внештатный реабилитолог Департамента здравоохранения и социальной защиты Белгородской обл., зав. Центром медицинской реабилитации, врач-психотерапевт;

Ильницкая М.Р., врач ЛФК ЦМР, врач высшей категории;

Куксова Т.С., врач-педиатр детского неврологического реабилитационного отделения, врач высшей категории;

Ришко Е.М., медицинский психолог детского неврологического реабилитационного отделения ЦМР;

Третьяков Ю.Г., зав. детским неврологическим реабилитационным отделением ЦМР, врач-невролог, врач высшей категории.

Белгородская областная клиническая больница
Святителя Иоасафа;

Центр медицинской реабилитации.

E-mail: ocwm-doc@mail.ru;

тел. +7 (472) 254 5675

Применение методов рефлексотерапии недоношенных и маловесных детей в комплексе реабилитационных мероприятий подтверждается высокой эффективностью. Согласно проведённому наблюдению и статистическому анализу, в 57% случаев достаточно одного курса рефлексотерапии, чтобы получить качественные изменения в состоянии ребёнка с улучшением его реабилитационного потенциала. В свою очередь это позволяет в дальнейшем уменьшить вероятные осложнения и процент инвалидизации таких детей. Учитывая вышеизложенное, рефлексотерапию и её разновидности можно рекомендовать на амбулаторно-поликлиническом этапе недоношенным и рождённым с низкой массой тела детям.

The use of reflexology methods for premature and low birth weight babies in the complex of rehabilitation measures is confirmed by high efficiency. According to the observation and statistical analysis, in 57% of cases, 1 course of reflexology is enough to get qualitative changes in the child's condition with an improvement in his rehabilitation

potential. In turn, this makes it possible to further reduce the probable complications and the percentage of disability in such children. Considering the above, reflexology and its varieties can be recommended at the outpatient-polyclinic stage for premature and low-birth-weight children.

В настоящее время количество недоношенных и рождённых с низкой массой тела детей становится значительно больше. На амбулаторно-поликлиническом (III) этапе реабилитации таких детей в детском неврологическом реабилитационном отделении Центра медицинской реабилитации функционирует мультидисциплинарная бригада, состоящая из следующих специалистов: невролога, реабилитолога, педиатра, физиотерапевта, врача ЛФК, врача функциональной диагностики, ортопеда, остеопата, психотерапевта, медицинского (клинического) психолога и логопед-дефектолога.

В реабилитационном процессе анализируются особенности протекания физиологических, соматических, неврологических, а также психологических процессов ребёнка. Отдельным и немаловажным является оценка состояния матери и отца (ближайшего семейного окружения). Используются как традиционные методы, так и нетрадиционные виды (альтернативного) лечения и реабилитации. Большое внимание уделяется работе не только с родителями ребёнка, но и с другими членами семьи.

Цель исследования — определить эффективность реабилитации недоношенных и маловесных детей с включением методов рефлексотерапии в реабилитационный процесс.

Одним из методов, используемых в комплексе реабилитационных мероприятий с маловесными и недоношенными детьми, является рефлексотерапия и её разновидности (иглорефлексотерапия, аурикулотерапия, пунктурная физиотерапия, фармакопунктура, точечный массаж). Курс реабилитационного лечения рассчитан на один месяц. Такой подход позволяет не перегружать организм и быстрее (в 1,5–2 раза) восстанавливать нервную и другие системы организма до нормотипичного (соответствующего возрастному физиологическому и нервно-психическому) развития ребёнка.

В течение последних 2 лет на амбулаторно-поликлиническом (III) этапе реабилитации находились 52 ребёнка, рождённых с низкой (от 700 до 1850 г) массой тела. На момент поступления возраст этих детей составлял от 6 до 12 мес. Перед началом курсового лечения проводился комплексный мультидисциплинарный осмотр ребёнка и функциональное обследование, а также оценивался реабилитационный потенциал по системе ШРМ. Одним из приоритетных методов в реабилитации являлся метод иглорефлексотерапии без сочетания других видов реабилитации. Это позволило в достаточно короткие сроки сформировать нарушенный гомеостаз организма ребёнка, повысить реабилитационный потенциал и создать почву для эффективного восстановления физиологического и нервно-психического развития ребёнка. Контроль и эффективность проводимых процедур данного метода реабилитации подтверждались методом вегетативно-резонансного теста Накатани–Риодараку. Это позволило достоверно подтвердить качество и эффективность рефлексотерапевтического воздействия на организм ребёнка.

Применение методов рефлексотерапии недоношенных и маловесных детей в комплексе реабилитационных мероприятий подтверждается высокой эффективностью. Согласно проведённому наблюдению и статистическому анализу, в 57% случаев достаточно одного курса рефлексотерапии, чтобы получить качественные изменения в состоянии ребёнка с улучшением его реабилитационного потенциала. В свою очередь это позволяет в дальнейшем уменьшить вероятные осложнения и процент инвалидизации таких детей. Учитывая вышеизложенное, рефлексотерапию и её разновидности можно рекомендовать на амбулаторно-поликлиническом этапе недоношенным и рождённым с низкой массой тела детям.

Литература

1. Аблаева Э.Н., Артеменко Л.И., Габеева Р.Н. и др. *Современные представления рефлексотерапевтического подхода в реабилитации недоношенных детей: Сборник тезисов IX Междисциплинарного научно-практического конгресса с международным участием «Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей».* (31 октября – 1 ноября). — М., 2019. — С. 16.
2. Аблаева Э.Н., Третьяков Ю.Г. *Возможности диагностики УЗДГ перинатального поражения центральной нервной системы у детей с нарушением речи: Материалы юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 95-летию Евпаторийского военного детского клинического санатория Министерства обороны Российской Федерации // Вестник физиотерапии и курортологии.* — Симферополь, 2015. — С. 95.
3. Бельская Г.Н., Зайцева И.Н. *Оптимизация амбулаторно-поликлинического этапа диспансерного наблюдения детей раннего возраста, перенёвших критическое состояние в раннем неонатальном периоде // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского.* — 2011. — №5. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/optimizatsiya-ambulatorno-poliklinicheskogo-etapa-dispansernogo-nablyudeniya-detey-rannego-vozrastap-pereenesshih-kriticheskoe> (дата обращения: 18.07.2020).
4. Вогралик В.Г., Вогралик М.В. *Пунктурная рефлексотерапия: Чжень-цзю.* — Горький: Волго-Вятское кн. изд-во, 1988. — 335 с.
5. Пайрог Дж.Э. *Меридианный стиль акупунктуры: Практическое руководство / Пер. с англ. — Воронеж: Радикс, 2019. — 500 с.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕОНАТАЛЬНОГО ХОЛЕСТАЗА ПРИ ВРОЖДЁННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Бем Е.В., канд. мед. наук, ассистент кафедры¹;
Фёдорова Л.А., канд. мед. наук, доц. кафедры²;
Мызникова И.В., зав. отделением².

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии;

²Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, отделение патологии новорождённых и детей грудного возраста перинатального центра.
E-mail: e.bohm@inbox.ru;
тел.: +7 (911) 974 4202.

Описан клинический случай диагностики и лечения неонатального холестаза у ребёнка с врождённой цитомегаловирусной инфекцией. Диагностический поиск, выбор тактики лечения представляют сложности в практике неонатолога и участкового педиатра, требуют привлечения междисциплинарной команды специалистов.

The clinical case of diagnosis and treatment of neonatal cholestasis with congenital cytomegalovirus infection in a newborn is described. Diagnostic findings, carrying out of differential diagnosis, treatment selection difficulties in the practice of neonatologist and pediatrician, require involvement of a crossdisciplinary team of professionals.

Холестатическая желтуха у новорождённых встречается у одного из 2500 доношенных новорождённых и нечасто диагностируется врачами первичного звена. Эта желтуха всегда патологическая и является индикатором поражения гепатобилиарной системы. Ранняя диагностика и своевременное направление к гастроэнтерологам является важной составляющей своевременного лечения и прогноза.

Наиболее частыми причинами холестатической желтухи являются билиарная атрезия (25–40%), генетические нарушения (25%), другие мультифакторные причины (внутриутробные и/или постнатальные инфекции, парентеральное питание, незрелость, недоношенность, токсическое действие лекарств, катетеризация пупочной вены и др.).

Цитомегаловирусная инфекция является самой часто встречающейся в мире внутриутробной инфекцией (семь на 1000 живорождённых). Клиническая картина манифестной формы врождённой ЦМВ включает поражение гепатобилиарной системы, костного мозга, нервной системы и проявляется гепатоспленомегалией, холестатической желтухой, геморрагическим синдромом, перивентрикулярными кистами и вентрикуломегалией, судорогами, нарушением слуха и др.

Менеджмент неонатального холестаза заключается в проведении специфической терапии (в том числе внутриутробных инфекций), раннего хирургического

лечения (билиарная атрезия, киста жёлчного протока) и симптоматического лечения. Симптоматическая терапия холестаза заключается в увеличении калорийной нагрузки на 125%, использовании смесей со среднепочечными триглицеридами, назначении урсофалька в дозе 20–30 мг/кг, жирорастворимых витаминов А, D, Е.

Приводим случай из практики, демонстрирующий развитие холестаза у ребёнка с врождённой цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ). На базе ОПНиДГВ ПЦ СПбГПМУ был обследован и получал лечение доношенный мальчик, родившийся со ЗВУР (масса тела при рождении 970 г, длина 39 см, оценка по шкале Апгар 4/5 баллов). При рождении состояние ребёнка было тяжёлое, обусловленное дыхательной недостаточностью и морфофункциональной незрелостью. К 12 сут жизни состояние стабилизировалось, но с 16 сут жизни отмечалось ухудшение состояния в связи с развитием синдрома холестаза. В возрасте 1 мес для обследования и исключения диагноза «гипоплазия жёлчных путей» был переведён на ОПНиДГВ. При поступлении состояние расценивалось как средней тяжести за счёт дыхательной недостаточности, выраженной белково-энергетической недостаточности, морфофункциональной незрелости и затажной желтухи. При осмотре у ребёнка отмечалась умеренно выраженная желтуха с зеленоватым оттенком, гепатоспленомегалия (+2,5 см), ахолии стула не отмечалось. При обследовании обращало внимание увеличение фракции прямого билирубина до 75% от общего, повышение трансаминаз в 3–4 раза, щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтранспептидазы в 7 раз. По данным УЗИ патологии жёлчного пузыря не выявлено. Диагностирован синдром холестаза.

Ребёнок обследован на TORCH-инфекции: ПЦР к ЦМВИ (кровь, моча и слюна — положительные). На основании клинико-лабораторных данных был поставлен диагноз врождённой цитомегаловирусной инфекции манифестной формы с поражением лёгких (врождённая пневмония с развитием интерстициального поражения лёгких), печени (холестаз), ЗВУР. Ребёнок получил специфическое лечение (ганцикловир №20) и симптоматическое (смесь «Альфаре», урсофальк, жирорастворимые витамины) лечение, на фоне которого купировались симптомы холестаза, нормализовались биохимические показатели к возрасту 2 мес. Ребёнок выписан под наблюдение педиатра, гастроэнтеролога, пульмонолога, невролога в возрасте 3,5 мес с весом 3150 г.

Таким образом, продемонстрирован клинический пример диагностики, этиотропного и симптоматического лечения неонатального холестаза на фоне врождённой цитомегаловирусной инфекции. Даны рекомендации для практического врача по менеджменту неонатального холестаза.

Литература

1. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врождённого токсоплазмоза: Клинические рекомендации (протоколы) по неонатологии / Под ред. Д.О. Иванова. — СПб.: Информ-Навигатор, 2016.
2. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation // Pediatrics. — 2004. — Vol. 114. — P. 297–316.
3. Fawaz R., Baumann U. et al. Guideline for the Evaluation of Cholestatic Jaundice in Infants: Joint Recommend actions of the North American Society for Pediatric Gastroenterology,

- Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition // JPGN. — 2017. — Vol. 64. — №1. — P. 154–168.
4. Gunaydin M., Bozkurter A.T. Cholestasis in the Baby and Infant // EMJ. — 2019. — Vol. 4. — №3. — P. 73–82.
5. Maldonado Y.A., Read J.S. Diagnosis, Treatment, and Prevention of Congenital Toxoplasmosis in the United States // Pediatrics. — 2017. — Vol. 139. — №2. — P. e20163860.
6. Pediatric cholestatic liver disease: Successful transition of care // Cleveland Clinic Journal of Medicine. — 2019. — Vol. 86. — №7. — P. 454–464.
7. Peyron F. et al. Maternal and Congenital Toxoplasmosis: Diagnosis and Treatment Recommendations of a French Multidisciplinary Working Group // Pathogens. — 2019. — Vol. 18. — №8(1). — P. 24.

РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ, БОЛЬНЫХ СОЛИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Букреева Е.А., зав. отделением физиотерапии и ЛФК;
Седненкова Т.А., врач ЛФК;

Курдюков Б.В., канд. мед. наук, ст. научный
сотрудник;

Савлаев К.Ф., канд. мед. наук, ст. научный
сотрудник;

Шавырин И.А., канд. мед. наук, ст. научный
сотрудник;

Петриченко А.В., канд. мед. наук, учёный секретарь;
Шароев Т.А., докт. мед. наук, проф., руководитель
научно-организационного отдела;

Иванова Н.М., докт. мед. наук, проф., зав.
онкологическим отделением №1.

Научно-практический центр специализированной
медицинской помощи детям
им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ.
E-mail: bukreeva191965@gmail.com;
тел.: +7 (926) 738 5253.

Резюме. На долю детей первого года жизни приходится около 10% от всех опухолей, выявляемых у детей. Необходимо улучшить качество оказания медицинской помощи для снижения отдалённых последствий противоопухолевого лечения у детей первого года жизни. Медицинская реабилитация должна быть интегрирована в план противоопухолевого лечения, поскольку способствует профилактике инвалидности, стимулирует своевременное развитие, соответствующее паспортному возрасту.

Актуальность. В Москве показатель заболеваемости опухолями у детей до 1 года составляет 19 на 100 тыс. На долю детей первого года жизни приходится около 10% от всех опухолей, выявляемых у детей.

Цель исследования — улучшение оказания медицинской помощи и снижение отдалённых последствий противоопухолевого лечения у детей первого года жизни, больных злокачественными новообразованиями.

Материалы и методы. С 2015 по 2020 год в онкологическом отделении №1 наблюдались и получали лечение 316 детей, мальчиков — 177 (56,0%), девочек — 138 (44,0%), первичных — 124 (39,24%), повторных — 192 (60,76%).

В возрасте от 0 до 7 дней был один ребенок, 8–29 дней — 11 детей, 1–5 мес — 148, 6–11 мес — 156 детей. Опухоли торако-абдоминальной локализации были у 194 (61,39%) детей, головы и шеи — 33 (10,54%), ЦНС — 34 (10,75%), саркомы мягких тканей — 16 (5,06%), костей — одного (0,3%), доброкачественные новообразования — у 32 (10,12%). Реабилитационные мероприятия после оперативного лечения были проведены 80 (25,31%), на фоне ПХТ проведены 165 (52,21%) детям, в ремиссии — 79 (25,25%) пациентам. В послеоперационном периоде с целью профилактики послеоперационных осложнений детям проводилась дыхательная гимнастика, пациентам с поражением ЦНС, а также с задержкой моторного развития, проводилась прикладная кинезотерапия по методу профессора В. Войта и подошвенная пневмостимуляция аппаратом «Корвит», в ремиссии применялись также гидрокинезотерапия и массаж по показаниям. Индивидуальные реабилитационные программы формировались не только с целью коррекции нарушений, характерных для различных видов злокачественных опухолей, но и для предотвращения задержки психомоторного развития, которая может развиваться на фоне длительного противоопухолевого лечения.

Результаты. Реабилитационные программы показали хорошую переносимость у детей раннего возраста, как у получающих противоопухолевую терапию, так и у находящихся в ремиссии. У пациентов наблюдалось снижение спастичности, существенное улучшение двигательных навыков, координации и общего состояния.

Заключение. Реабилитационные мероприятия должны быть максимально ранними и активными. Медицинская реабилитация должна быть интегрирована в план противоопухолевого лечения как неотъемлемая часть, поскольку способствует улучшению двигательных, психологических, когнитивных и функциональных результатов, профилактике инвалидности и повышает качество жизни ребёнка, стимулирует своевременное развитие, соответствующее паспортному возрасту.

ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И СТЕПЕНИ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА У ДОНОШЕННЫХ МЛАДЕНЦЕВ, РОЖДЁННЫХ В РАЗНЫХ ГОРОДАХ РОССИИ: ОДНОМОМЕНТНОЕ (ПОПЕРЕЧНОЕ) ИССЛЕДОВАНИЕ

Деревцов В.В., докт. мед. наук, консультант¹;
Иванов Д.О., докт. мед. наук, проф., ректор, главный
специалист неонатолог России²;

Щербакова М.Ю., докт. мед. наук, проф.³;

Антонова Л.К., докт. мед. наук, проф.⁴;

Бекезин В.В., докт. мед. наук, проф., проректор⁵;

Неудахин Е.В., докт. мед. наук, проф., главный
научный сотрудник⁶.



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ

ИНИЦИАТИВА

**ПЕДИАТРИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ:
РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИК**

© Phovoir Images / Фотобанк Лори



**Присоединяйтесь
к Инициативе сегодня!**

- Ежегодно более 20 образовательных мероприятий на территории РФ.
- Предоставление качественной медицинской информации.
- Распространение актуальных знаний как базиса врачебной помощи.
- Внедрение передового опыта в практику педиатров и неонатологов.

StatusPraesens
profmedia



+7 (499) 346 3902

info@neoped.ru

neoped.ru



- ¹ Министерство здравоохранения Московской области;
² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет;
³ Российский университет дружбы народов;
⁴ Тверской государственный медицинский университет;
⁵ Смоленский государственный медицинский университет;
⁶ Научно-практический центр специализированной медицинской помощи им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения г. Москвы.
E-mail: VitalyDerevtsov@gmail.com.

Оценка данных кардиоинтервалограмм показала значимость соматического и акушерско-гинекологического анамнеза матерей в формировании состояния здоровья рождённых ими доношенных детей грудного возраста и позволила определить процент нуждающихся в коррекционных мероприятиях.

Evaluation of these cardiointervalograms showed the importance of the somatic and obstetric-gynecological history of mothers in shaping the health status of the full-term infants born to them and made it possible to determine the percentage of those who need corrective measures.

Поиск решений по улучшению состояния здоровья детей России обосновал актуальность.

Оценка состояния вегетативной нервной системы и степени адаптации организма к условиям среды у детей грудного возраста, рождённых в г. Санкт-Петербурге и в г. Смоленске, в сравнении между собой и с практически здоровыми детьми г. Твери.

Под наблюдением находились 244 ребёнка грудного возраста, рождённых в срок на 37–42 нед. От матерей с отягощённым соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом родились 219 детей: 110 (1-я группа), 109 (2-я группа). Группу контроля (3-я группа) составили 25 практически здоровых детей, рождённых практически здоровыми матерями в результате физиологических беременностей и родов. Дети осматривались в динамике в возрасте 1 (n=229), 3 (n=217), 6 (n=200), 12 (n=203) мес. Проводили кардиоинтервалографию. Использовались непараметрические методы статистического анализа.

В изучаемые возрастные периоды роста и развития у детей 1-й и 2-й групп зафиксировано преобладание симпатикотонии разной частоты выявления (89–100%) и степени выраженности. Отсутствие асимпатикотонии с 1 мес жизни у детей 3-й группы, чего нельзя сказать о детях 1-й и 2-й групп, у которых она сохранялась до 12 мес. Причём у детей 1-й группы с 2–3 сут (37%) до 6 мес (13%) она уменьшалась, а к 12 мес увеличилась до 22%. У детей 2-й группы с 2–3 сут (34%) до 12 мес (13%) она уменьшалась. Имели место особенности структуры выборок с преобладанием нормальной реактивности с разной частотой выявления, за исключением 2–3 сут и 12 мес у детей 1-й группы и 2–3 сут у детей 2-й группы.

Оценка компенсаторных ресурсов и степени адаптации организма к условиям среды показала, что на 2–3-и сутки в персонифицированных рекомендациях нуждались 75% детей 1-й группы, 68% детей 2-й группы, т.е. дети 1-й группы в сравнении с детьми 2-й группы чаще нуждались в немедикаментозной и медикаментозной терапии. В 1 мес

в подобных мероприятиях нуждались 68% детей 1-й группы, 75% — 2-й группы. В 3 мес в персонифицированных рекомендациях нуждались 64% детей 1-й группы, 74% — 2-й группы. В 6 мес в подобных рекомендациях нуждались 50% детей 1-й группы, 56% — 2-й группы. В 12 мес жизни в персонифицированных рекомендациях нуждались 54% детей 1-й группы, 60% — 2-й группы. Подавляющее большинство детей 3-й группы в изучаемые возрастные периоды роста и развития не требовали персонифицированных методов коррекции.

Найдены статистически значимые различия функционального резерва адаптации у детей, рождённых в разных городах Российской Федерации, что связано с отягощённым соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом матерей независимо от города рождения, а в последующем с особенностями состояния здоровья самих доношенных детей.

Литература

1. Близначева Е.А., Антонова Л.К., Малинин А.Н. // Педиатр. — 2018. — №9 (4). — С. 36–43.
2. Деревцов В.В., Козлова Л.В. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2010. — №55 (3). — С. 14–19.
3. Иванов Д.О., Деревцов В.В., Серова Н.П. // Педиатр. — 2019. — №10 (3). — С. 5–16.
4. Неудахин Е.В. // Quantum status. — 2019. — №1 (1). — С. 10–19.
5. Шляев Р.Р., Неудахин Е.В. Детская вегетология. — 2008. — 408 с.

ВЛИЯНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА ГЕМОДИНАМИКУ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Звягина Ж.А., аспирант кафедры;
Цой Е.Г., канд. мед. наук, доц. кафедры;
Янчикова М.В., врач-неонатолог²;
Лебедева А.В., клинический ординатор кафедры¹;
Абрамова Л.В., врач отделения УЗД³;
Михайлова У.В., врач детский кардиолог⁴;
Игишева Л.Н., докт. мед. наук, проф. кафедры¹,
ст. научный сотрудник⁵.

¹ Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра педиатрии и неонатологии;

² Черногорский межрайонный родильный дом;

³ Кузбасская клиническая больница им. С.В. Беляева, областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой;

⁴ Кузбасская клиническая больница им. С.В. Беляева;

⁵ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний \ (г. Кемерово).

E-mail: zvyagina.za@mail.ru;
тел.: +7 (961) 724 20 69.

Проанализировано влияние параметров респираторной поддержки у недоношенных детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) в первую неделю жизни на гемодинамическую значимость функционирующего артериального протока (ГЗФАП). Выявили, что к уменьшению размеров ОАП может привести применение инвазивной и неинвазивной ИВЛ, увеличение давления в конце выдоха.

Analyzed the effect of respiratory support on premature baby with extremely low body weight in the first week of their life on the hemodynamically significant of the patent ductus arteriosus. It was found that the use of invasive and noninvasive artificial respiration, an increase in pressure at the end of exhalation can lead to a decrease in the size of the patent ductus arteriosus.

Большинство новорождённых с ЭНМТ нуждаются в пролонгированной респираторной поддержке вследствие выраженной морфофункциональной незрелости лёгких и реализации респираторного дистресс-синдрома новорождённых (РДСН). Одной из патологий, усугубляющих тяжесть состояния глубоконедоношенных детей, является функционирование ОАП с шунтированием крови из аорты в лёгочную артерию, сопровождающееся переполнением сосудов малого круга кровообращения и обеднением большого круга [1]. Случаи, при которых функционирование артериального протока сопровождается значительными нарушениями гемодинамического статуса, обозначаются как гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (ГЗФАП) [2; 3].

Цель исследования — изучение влияния параметров респираторной поддержки у недоношенных детей с ЭНМТ в первую неделю жизни на гемодинамическую значимость ОАП. Проведён анализ параметров респираторной поддержки у 21 недоношенного ребёнка с ЭНМТ в первую неделю жизни на базе областного клинического перинатального центра им. Л.А. Решетовой ГАУЗ «Кузбасская клиническая больница им. С.В. Беляева». Оценены показатели гемодинамики по данным эхокардиографии, клиничко-анамнестических данных, клиничко-биохимических и иммунологических показателей сыворотки крови, кислотно-основного и электролитного состояния крови. Исследуемую группу составили недоношенные дети со сроком гестации $27,17 \pm 1,07$ нед (27–28 нед), массой тела $930 \pm 16,73$ г (800–990 г), 12 мальчиков (57%), девять девочек (43%). Экспертным путём исследуемая группа была поделена на две подгруппы: 1–9 детей с функционирующим артериальным протоком в течение первой недели жизни; 2–12 детей, у которых ОАП эхокардиографически не документирован. Все дети получали различные виды респираторной поддержки в первую неделю жизни: спонтанное дыхание под постоянным положительным давлением (СРАР), неинвазивная ИВЛ через назальную маску, инвазивная ИВЛ через интубационную трубку в различных режимах. Было выявлено, что ОАП чаще функционировал у девочек ($p=0,02$). Недоношенные дети с ОАП имели более высокую ЧСС ($p=0,043$) в первые дни жизни ($167 \pm 12,06$ и $154,57 \pm 3,8$ в минуту). У детей 2-й подгруппы эхокардиографически определялась дилатация левого предсердия в первую неделю жизни ($p=0,02$), показатель LA/Ao 1,55 в сравнении с детьми 1-й подгруппы — 1,28. При анализе корреляционной зависи-

мости параметров вентиляции на гемодинамические показатели выявили, что наличие неинвазивной и инвазивной ИВЛ способствовало увеличению массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) ($R=0,80$), гипертрофии передней стенки правого желудочка (ТПСПЖ) ($R=0,80$), прекращению кровотока через ОАП ($R=0,83$), уменьшению сердечного выброса ЛЖ (СВЛЖ) ($R=-0,85$). Увеличение давления на вдохе (Pin) способствовало уменьшению размеров левого желудочка (иКДР) ($R=-0,89$), и увеличению размеров правого желудочка (ПЖ/BSA) ($R=-0,88$). Увеличение давления в конце выдоха (РЕЕР) влияло на урежение ЧСС ($R=-0,89$), увеличение сердечного индекса (СИ) ($R=0,97$), снижение кровотока через ОАП ($R=0,97$), увеличение размеров левого предсердия (LA/Ao) ($R=0,98$).

Таким образом, изменяя параметры вентиляции, можно контролировать размеры ОАП, уменьшить его гемодинамическую значимость консервативным методом, что поможет избежать применения медикаментозных и хирургических методов лечения ГЗФАП и в конечном итоге к улучшению качества жизни недоношенных детей с экстремально низкой массой тела.

Литература

1. Clyman R.I., Couto J., Murphy G.M. Patent ductus arteriosus: are current neonatal treatment options better or worse than no treatment at all? // *Semin Perinatol.* — 2012. — Vol. 36. — P. 123–9.
2. Разумовский А.Ю., Лужина М.Ю., Феоктистова Е.В. Гемодинамически значимый открытый артериальный проток у новорождённых с низкой массой тела: взгляд хирурга // *Вопросы практической педиатрии.* — 2007. — Т. 2. — №1. — С. 27–32.
3. Протокол ведения недоношенных детей с гемодинамически значимым функционирующим артериальным протоком / Под ред. Н.Н. Володина, Е.Н. Байбарной. — М.: МЗСР РФ, 2009. — С. 34.

ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КОНСТАНТ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ипполитова Л.И., докт. мед. наук, проф.;
Коротаева Н.В., канд. мед. наук, ассистент кафедры
госпитальной и поликлинической педиатрии;

Симолокова Ю.Н.;

Паничев К.В.

Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России;
Воронежская областная клиническая больница №1.

E-mail: ippolitovaliuda@yandex.ru;

тел.: +7 (920) 229 1902.

Проблемы правильной оценки морфофункциональной зрелости определяются не только высокой неонатальной заболеваемостью и смертностью, но и своевременным выявлением неврологических проблем в первые годы жизни. Почти половина детей с морфофункциональной незрелостью к 2 годам по нервно-психическому развитию догнали своих сверстников, однако 12%

детей имели глубокую задержку. Полученные результаты указывают на необходимость правильной и своевременной оценки зрелости недоношенных детей.

High level of neonatal morbidity and mortality and early detection of neurological problems in infants determine the adequate evaluation of morphofunctional maturity. Almost half of the children with morphofunctional immaturity have the same level of neuropsychic development by the age of two. However, 12% of children had a profound delayed development. Results of the study indicate a need to early and adequately evaluate the morphofunctional maturity in preterm infants.

Развитие ребёнка внутриутробно определяет множество показателей после его рождения. Нарушение созревания малыша в пренатальном периоде приводит к срыву функциональной адаптации в неонатальном периоде, повышает постнатальную заболеваемость и смертность. Именно поэтому оценка морфофункциональной зрелости новорождённых детей является актуальной проблемой. Цель исследования — оценить морфофункциональную и физическую зрелость детей 26–32 нед гестации при рождении и изучить параметры физического развития в катамнезе.

В 2015–2019 гг. нами было обследовано 300 детей со сроком гестации 26–32 нед и массой при рождении от 650 до 1500 г до возраста 3 лет. По гендерному признаку существенных отличий не было выявлено.

Для оценки морфофункционального и физического развития нами были использованы шкала определения зрелости по Ballard, центильные кривые Fenton и шкала International Postnatal Growth standards for preterm infants, шкала психомоторного развития Гриффитс, КАТ-КЛАМС, программа WHO Anthro. Для оценки толщины кожных складок использовался калипер.

В ходе исследования было выявлено, что при рождении 42% детей соответствовали гестационному возрасту, 6% детей опережали морфофункциональное развитие, в 52% случаев была выявлена морфофункциональная незрелость. У большинства детей (27,5%) отмечалось незначительное отставание по шкале Ballard — на 1–2 нед, у 17,5% детей — на 3–4 нед, отставание более 1,5 мес отмечалось у 5% детей. При оценке физического развития новорождённых по центильным кривым 84% детей соответствовали сроку гестации, 5% были большими к сроку гестации, 11% были малыми к сроку гестации, чуть больше половины детей из которых были морфофункционально незрелыми. Из всех детей с морфофункциональной незрелостью 10 детей имели ЗВУР. Степени ЗВУР коррелировали с неделями отставания морфофункционального развития ($p < 0,05$).

Нами было установлено, что 92% женщин имели отягощённый анамнез, из них 12% имели сопутствующую инфекционную патологию, 45% — отягощённый акушерско-гинекологический анамнез и 35% — отягощённый соматический анамнез.

Показатели физического развития 72,3% недоношенных детей к 3 годам укладывались в «средние коридоры». Должному уровню нервно-психического развития к 2 годам полностью соответствовали 52% детей, 12% имели задержку НПР.

При оценке толщины кожных складок у детей 2–3 лет при нормальных показателях массы и роста у 23% детей

было выявлено утолщение кожной складки в области пупка на передней брюшной стенке.

Таким образом, недоношенные дети с морфофункциональной незрелостью и задержкой физического развития при рождении к 2–3 годам в 52% случаев соответствовали должному уровню НПР и в 72% — нормальному физическому развитию. Морфофункциональная незрелость встречалась с одинаковой частотой у детей с нормальным и дисгармоничным физическим развитием. Каждый пятый ребёнок из исследуемых групп находился в группе риска по развитию абдоминального ожирения.

Литература

1. Кильдиярова Р.Р. Оценка физического развития новорождённых и детей раннего возраста // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. — 2017. — №62(6).
2. Макаров О.В., Салихова И.Р., Озимковская Е.П., Зорина Т.П. Морфофункциональная незрелость доношенных новорождённых. Современное состояние проблемы // *Вестник РГМУ*. — 2015. — №4. — С. 42–46.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ОНМТ И ЭНМТ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ

Коротаева Н.В., канд. мед. наук, ассистент кафедры
госпитальной и поликлинической педиатрии;
Ипполитова Л.И., докт. мед. наук, проф.;
Жилкина А.И.;
Лобанова О.А.

Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России;
Воронежская областная клиническая
больница №1.
E-mail: korotaeva.nv@mail.ru;
тел.: +7 (903) 653 0908.

Перспективное исследование 312 недоношенных детей с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении доказало, что выполнение протоколов по профилактике ранней анемии недоношенных позволяет снизить частоту трансфузий донорских компонентов крови у детей, рождённых раньше срока. Профилактическое назначение препаратов железа способствует обеспечению догоняющего роста и достижению возрастных параметров физического развития к 3–5 годам.

A prospective study of 312 premature babies with very low and extreme low birth weight showed that the introduction and adherence to protocols for the prevention of early anemia in premature infants (EAP) can reduce the frequency of transfusions of donor blood components in prematurely born children. The prophylactic use of iron preparations helps to ensure catch-up growth and the achievement of age-related parameters of physical development by 3–5 years.

Анемия является распространённым заболеванием, которым, по оценке ВОЗ, страдают 24,5% населения всего

земного шара, что составляет около 1,6 млрд людей, к которым относятся и новорождённые дети. Наиболее встречающимся вариантом анемии, с которым сталкиваются реаниматологи и неонатологи отделений интенсивной терапии и выхаживания, является ранняя анемия недоношенных (РАН), частота которой составляет от 17 до 91% у детей с гестационным возрастом менее 30 нед и массой тела менее 1500 г в 4–6 нед фактического возраста.

Цель работы. Оценить влияние коррекции уровня гемоглобина на динамику физического развития в пятилетнем катамнестическом наблюдении детей с ОНМТ и ЭНМТ при рождении.

Материалы и методы. В проспективное исследование были включены 312 недоношенных детей с экстремально низкой (менее 1000 г; n=160) (1-я группа) и очень низкой массой тела при рождении (от 1000 до 1500 г; n=152) (2-я группа) с 2014 по 2020 год. Всем детям проводилась оценка уровня гемоглобина и показателей физического развития в 1 сут жизни, в возрасте от 1 до 14 нед жизни. В катамнезе: в 3, 6, 9, 12, 18, 24 мес жизни и в 3, 4, 5 лет жизни, также регистрировался спектр сопутствующих заболеваний. Все дети получали препараты железа с целью профилактики ранней и поздней анемии недоношенных в соответствии с требованиями федеральных клинических рекомендаций.

Результаты. Анализ показателей физического развития на момент рождения у детей 1-й группы показал, что 82% новорождённых родились малыми к гестационному возрасту (МГВ). Во 2-й группе доля детей, малых к гестационному возрасту, составила 90%. При проведении анализа факторов риска развития РАН было выявлено, что со стороны матери отягощающими факторами в анамнезе достоверно ($p < 0,05$) были анемия, угроза прерывания беременности и инфекции, а со стороны ребёнка – инфекции и снижение уровней Т3, Т4. Изучение уровня гемоглобина показало тенденцию его снижения уже через 4 нед от рождения в каждой из групп, несмотря на проведение профилактических мероприятий по ранней анемии недоношенных. Однако у детей, которым проводилась профилактика РАН, частота гемотрансфузий была ниже, чем у детей, которым не были назначены профилактические дозы препаратов железа ($p < 0,05$). При оценке динамики физического развития в 1-й группе у 86% детей регистрировался догоняющий рост в среднем на 35,1+1,02 сут, во 2-й группе – у 92% к 30,2+1,2 дня жизни.

Заключение. Выполнение протоколов по профилактике ранней анемии недоношенных (РАН) позволяет снизить частоту трансфузий донорских компонентов крови у детей, рождённых раньше срока, способствует обеспечению догоняющего роста и в 70% случаев достижению нормативных возрастных показателей.

Литература

1. McLean E., Cogswell M., Egli I., Wojdyla D., de Benoist B. *Worldwide prevalence of anaemia, WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System // Public Health Nutr.* — 2009. — Vol. 12. — P. 444–454.
2. Rocha G., Pereira S., Antunes-Sarmento J. et al. *Early anemia and neonatal morbidity in extremely low birth-weight preterm infants // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* — 2019. — Vol. 17. — P. 1–7.
3. Lozoff B. *Iron deficiency and child development // Food Nutr Bull.* — 2007. — Vol. 28. — P. 560–571.

РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ПОЗДНИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Лоскутова Е.В., ассистент кафедры госпитальной педиатрии.

Казанский государственный медицинский университет.

E-mail: loskutovakate@mail.ru;

тел.: +7 (987) 421 86 85.

В представленной работе отражены результаты собственных клинических наблюдений за группой поздних недоношенных новорождённых в ранний неонатальный период. Показано, что данная группа детей является неоднородной по своей клинической картине и требует пристального врачебного наблюдения с первых суток жизни.

The presented work reflects the results of clinical observations of a group of late preterm infants in the early neonatal period. It has been shown that this group is heterogeneous in own clinical manifestation and require of close observation since first days after birth.

Недоношенность является одной из ведущих проблем современной неонатологии. В мире ежегодное число преждевременных родов имеет тенденцию к росту. Согласно статистическим данным, в России преждевременные роды составляют 6,1%, среди них подавляющее большинство приходится на поздние сроки беременности. Ввиду имеющихся хороших весо-ростовых характеристик к моменту рождения и кажущейся зрелости долгое время детям, рождённым на сроке 34–36 нед беременности, не уделялось должного внимания, их проблемы приравнивались к проблемам доношенных новорождённых. Однако исследования последних лет показывают большее число случаев неблагоприятных исходов в данной группе по сравнению с доношенными детьми. Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения, дети, рождённые на сроке 34(0/7)–36(6/7), составляют группу поздних недоношенных. В связи с этим представлялось интересным изучение особенностей течения раннего неонатального периода поздних недоношенных детей. **Целью работы** явился анализ клинической картины детей, рождённых на сроке 34–36 нед, в первые 3–4 сут жизни. Под наблюдением находились 43 поздних недоношенных новорождённых, наблюдавшихся в родильном доме ГАУЗ «Клиника Медицинского университета» г. Казани в 2017–2019 гг. После анализа данных медицинских карт и историй развития новорождённых детей нами выделено пять вариантов течения раннего неонатального периода. 1-ю группу составили 12 поздних недоношенных новорождённых (28%) с физиологическим течением раннего неонатального периода, которые были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Во 2-ю группу вошли пять поздних недоношенных новорождённых, состояние которых в течение всего времени наблюдения расценивалось как среднетяжёлое за счёт минимальных респираторных, неврологических

нарушений, желтушного синдрома. 3-ю группу составили 10 новорождённых, находящихся в тяжёлом состоянии в первые 3–4 сут жизни. Тяжесть состояния обуславливалась респираторным дистресс-синдромом, потребовавшим в 50% случаев проведения искусственной вентиляции лёгких, а также выраженными неврологическими расстройствами. У пяти детей (4-я группа) отмечалось ухудшение состояния различной степени выраженности с момента рождения к 3–4-м суткам за счёт нарастания неврологической симптоматики, дыхательных нарушений, желтушного синдрома. 11 поздних недоношенных новорождённых (5-я группа) уже при рождении имели патологические синдромы, однако к 3–4-м суткам жизни отмечалась положительная динамика в состоянии, и почти треть из них были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Однако большинство детей 2, 3, 4 и 5-й групп для стабилизации своего состояния потребовали терапевтических вмешательств и перевода на второй этап выхаживания.

Заключая всё вышеизложенное, можно утверждать, что группа поздних недоношенных новорождённых является неоднородной по своей клинической картине и требует пристального врачебного наблюдения с момента рождения ввиду имеющейся тенденции к ухудшению состояния в первые сутки жизни.

Литература

1. Россия в цифрах. 2020: Крат. стат. сб. — М.: Росстат, 2020. — 550 с.
2. Софронова Л.Н., Фёдорова Л.А., Кянксеп А.Н. и др. Поздние недоношенные — группа высокого риска ранних и отдалённых осложнений // Педиатрия. — 2018. — №1 (97). — С. 131–140.
3. Engle W.A., Tomashek K.M., Wallman C. and the Committee of Fetus and Newborn. Late-Preterm Infants: a Population at Risk // A Clinical Report. Pediatrics. — 2007. — Vol. 6. — №120. — P. 1390–1401.

АДАПТАЦИЯ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПРИ ЗВУР ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Софронова Л.Н., канд. мед. наук, доц. кафедры;
Павлова С.Е., ассистент кафедры.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета послевузовского образования.

E-mail: svetlanapav.spb@mail.ru;

тел.: +7 (911) 7773489.

Задержка внутриутробного развития является междисциплинарной проблемой и одним из значимых факторов нарушений постнатальной адаптации, метаболических расстройств, неблагоприятного ростового прогноза, повышенной заболеваемости детей как на первом году жизни, так и в последующие возрастные периоды. Актуальность данного вопроса чрезвычайно

высока, так как её частота у новорождённых не имеет тенденции к снижению. При сочетании ЗВУР и недоношенности риск неонатальной и младенческой смертности увеличивается в 4,5–5,4 раза. Кроме того, более половины детей с ЭНМТ с задержкой внутриутробного развития имеют дефицит массы тела к 3 годам. В то же время постнатальное питание доношенных и недоношенных детей, рождённых малыми к сроку гестации, продолжает оставаться предметом дискуссии. Цель данного сообщения — представить различия тактики вскармливания доношенных и недоношенных новорождённых со ЗВУР. Проведён анализ существующих исследований в доступной литературе по подходам к потребностям в питательных нутриентах доношенных и недоношенных детей со ЗВУР. В результате выявлены различия целевых установок по питанию детей с задержкой внутриутробного развития разного гестационного возраста.

Intrauterine growth retardation is an interdisciplinary problem and one of the significant factors of disorders of postnatal adaptation, metabolic disorders, poor growth prognosis, increased morbidity in children both in the first year of life and in subsequent age periods. The relevance of this issue is extremely high, since its frequency in newborns does not tend to decrease. With a combination of intrauterine growth retardation and prematurity, the risk of neonatal and infant mortality increases by 4,5–5,4 times. In addition, more than half of children with extremely low body weight with intrauterine growth retardation have a body mass deficit by 3 years. At the same time, postnatal nutrition of full-term and premature babies born small by gestation continues to be the subject of discussion. The aim of this report is to present the differences in tactics of feeding term and preterm infants with intrauterine growth retardation. The analysis of existing studies in the available literature on approaches to the nutritional needs of full-term and premature babies with intrauterine growth retardation is carried out. As a result, differences in target settings for the nutrition of children with intrauterine growth retardation of different gestational age were revealed.

По данным, полученным при изучении популяции новорождённых г. Москвы, число детей со ЗВУР составляет 42,3 на 1000 детей, родившихся живыми в срок, и 128,3 на 1000 детей, родившихся живыми преждевременно. Более чем у половины недоношенных детей с задержкой внутриутробного развития в раннем возрасте отмечается отставание в физическом развитии. Эксперты ВОЗ подчёркивают, что частота ЗВУР у новорождённых колеблется в широких пределах, составляя в странах Европы 6,2%, США — 10–15%, Центральной Азии — 31,1%. По некоторым данным, распространённость ЗВУР в популяции недоношенных детей достигает от 12,8 до 60,0%, что превышает показатели доношенных новорождённых, которые составляют от 10,0 до 23,0%.

Причиной развития ЗВУР у доношенных детей чаще отмечается фетоплацентарная недостаточность вследствие гестоза беременной, нерационального питания, курения и др. В то же время у недоношенных причины развития ЗВУР, как правило, многокомпонентные, сочетающие в себе более тяжёлые заболевания внутриутробного периода, генетические неполадки, болезни

беременной. Степень постнатальной задержки роста у них также более тяжёлая, что обусловлено недостаточным постнатальным питанием. Это отражается и на тяжести поражения ЦНС, которая достоверно выше у недоношенных детей со ЗВУР по сравнению с доношенными. Отсюда и разный подход к постнатальному питанию в этих группах.

При постнатальном питании доношенных детей со ЗВУР ряд исследователей, учитывая особенности функционирования ферментных систем ЖКТ, мочевыделительной системы и риска развития в будущем метаболического синдрома, придерживаются мнения, что фазу «усиленного питания», вероятно, необходимо исключить. Поскольку запасы тощей ткани у них достаточные, отмечается снижение только жировой ткани, длительность восстановления массы тела не столь опасна для развития мозга и других органов. Учитывая, что при искусственном вскармливании будет более высокий прирост жировой массы тела в сочетании с гормональным дисбалансом, грудное вскармливание предпочтительно. Если доношенный ребёнок высасывает из груди достаточное количество молока матери, то усиливать питание смесями неприемлемо. При отсутствии необходимых прибавок массы тела возможна коррекция обогастителем под постоянным контролем показателей белкового обмена. Только в случае недостаточного количества грудного молока целесообразно введение в рацион специализированных смесей для недоношенных детей. Независимо от степени тяжести ЗВУР энергетическая ценность рациона ребёнка повышается к 7–10-м суткам жизни до 130–140 ккал/кг. Расчёт калорийности проводится на фактическую массу тела. При недостаточной скорости роста, особенно у детей с умеренной и тяжёлой ЗВУР, возможно её дальнейшее повышение до 150 ккал/кг под контролем толерантности. Такая целевая энергетическая потребность возможна для доношенных и недоношенных детей.

Большинство исследователей сходятся во мнении, что малым к сроку гестации недоношенным детям необходим догоняющий рост, что потребует белковой нагрузки, соответствующей гестационному возрасту с целью избежать риска нарушений оптимального нервно-психического развития. Данного подхода следует придерживаться до тех пор, пока антропометрические показатели будут соответствовать скорректированному возрасту. Удельный вес безжировой ткани, которая так необходима для роста и развития мозга ребёнка, на грудном вскармливании выше, чем на искусственном, — это составляющая, но не единственная причина крайней необходимости грудного молока для недоношенных. Обязательная фортификация молока, раннее введение прикормов позволят приблизить рост к медиане центильных графиков. При искусственном вскармливании этапность смены специализированных смесей также обусловлена достижением постоянной тенденции приближения весовой кривой к нормальному центильному коридору.

Целесообразна оценка состава тела методом воздушной плетизмографии, что позволит определить индивидуализированные стратегические направления коррекции вскармливания доношенных и недоношенных младенцев со ЗВУР.

Литература

1. Программа оптимизации вскармливания детей 1 года жизни в РФ, 2019.

2. Беляева И.А., Намазова-Баранова Л.С., Тарзан Э.О. и др. Особенности физического развития и состава тканей тела недоношенных детей, получавших различные виды вскармливания (при выписке из стационара 2-го этапа выхаживания) // *Актуальные вопросы педиатрии*. — 2014. — №5 (6). — С. 71–80.
3. Кириллова Е.А. Особенности раннего физического и статомоторного развития недоношенных детей с задержкой внутриутробного развития: Дис. ... канд. мед. наук, 2017. — 146 с.
5. Окунева М.В. Нутритивный статус и гормональная регуляция роста на первом году жизни у недоношенных детей, родившихся с задержкой внутриутробного развития: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2018.
6. Cardoso-Demartini A.A. Postnatal management of growth failure in children born small for gestational age / A.A. Cardoso-Demartini, M.C.S. Boguszewski, C.A.D. Alves // *J. Pediatr (Rio J)*. — 2019. — №95. — Suppl 1. — P. 23–29.
7. Johnson M.J., Wootton S.A., Leaf A.A., Jackson A.A. Preterm birth and body composition at term equivalent age: a systematic review and meta-analysis // *Pediatrics*. — 2012. — Sep. — P: e640–9.105.

АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Фёдорова Л.А., канд. мед. наук, доц. кафедры;
Гарбарук Е.С., канд. биол. наук^с.

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра неонатологии и с курсами неврологии и акушерства-гинекологии;

²Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Научно-исследовательский центр.

E-mail: arslarissa@rambler.ru;
тел.: +7 (921) 918 6066.

Повреждение слухового анализатора у новорождённых детей ассоциируется с задержками нейрокогнитивного, речевого и психомоторного развития. Возможности современной реабилитации детей с нарушениями слуха достаточно высоки и непосредственным образом зависят от времени установления патологии слуха и сроков начала реабилитации. Частота тугоухости составляет 1–3 на 1000 новорождённых, однако в группе детей, потребовавших пребывания в отделении неонатальной реанимации, и особенно недоношенных детей, частота тугоухости достигает 2–15%. В основе поражения слуха лежит несколько причин, оказывающих воздействие одновременно или в различные периоды развития ребёнка. Эти факты диктуют необходимость ранней диагностики (аудиологическое обследование в неонатальном периоде) и динамического наблюдения данной группы младенцев с внедрением программ (ре)абилитации, включающей слухопротезирование и занятия по развитию слуха и речи.

Новинка StatusPraesens

Несомненные успехи в выхаживании детей, появившихся на свет раньше срока, серьёзно повышают долю пациентов с **недоношенностью в анамнезе** не только в специализированных отделениях педиатрических стационаров, но и на амбулаторных участках. К обеспечению их потребностей необходимо **особое внимание**, и от грамотного ведения в первые дни и месяцы жизни во многом зависит **исход выхаживания**.

Представляем вам книгу, содержащую ответы на **основные вопросы**, возникающие у клинициста при работе с детьми, рождёнными раньше срока.



ОТ ПОНИМАНИЯ ОСНОВ — К УЛУЧШЕНИЮ ИСХОДОВ!

✉ ig@praesens.ru

🌐 praesens.ru

VK [praesens](https://vk.com/praesens)

☎ +7 (499) 346 3902, доб. 503, 514

f [stpraesens](https://www.facebook.com/stpraesens)

📷 [statuspraesens](https://www.instagram.com/statuspraesens)

* Стоимость книги с доставкой по России — 1500 руб. Цена действительна до 31 декабря 2020 года.

Hearing impairment in newborns is associated with delays in neurocognitive, speech, language and psychomotor development. The results of comprehensive intervention program in children with hearing disorders are quite high and directly depend on the time of establishing the hearing loss and the timing of the beginning of intervention. The prevalence of hearing loss is 1–3 per 1000 newborns, but in the group of children who required a stay in the neonatal intensive care unit and especially premature children, the hearing loss occurrence reaches 2–15%. Different reasons can cause hearing loss; they may affect simultaneously or at various periods of the child's life. These facts dictate the need for early diagnosis (universal newborn hearing screening) and dynamic hearing monitoring of this group of infants with the introduction of intervention programs, including hearing devices fitting and regular sessions on speech and language development.

Частота развития тугоухости среди недоношенных детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ) составляет от 2 до 15%. Нарушения слуха связаны с такими перинатальными факторами риска, как гипоксия, ишемические и геморрагические поражения головного мозга, гипербилирубинемия, инфекция, в том числе сепсис. Слуховые потери также обусловлены токсическим воздействием продуктов нарушения метаболизма и лекарственных ототоксических веществ. Считается, что наиболее значимым фактором риска развития тугоухости является использование ототоксических антибиотиков аминогликозидного ряда, при этом максимальный риск повреждения слухового анализатора при действии гентамицина отмечается на 8–23-й дни постнатальной жизни, то есть в период, практически совпадающий с началом функционирования звуковоспринимающего аппарата улитки внутреннего уха и созревания волосковых клеток. Действие антибиотиков потенцируется их сочетанным применением, неадекватно проводимой инфузионной терапией и применением лазикса, который сам по себе также оказывает патологическое воздействие на структуры внутреннего уха. При одновременном воздействии акустической травмы (а в отделении реанимации она неизбежна за счёт аппаратных шумов), медикаментозных препаратов с ототоксичным эффектом и гипербилирубинемии вероятность развития нейросенсорной тугоухости значимо повышается.

Цель работы — оценка эффективности аудиологического скрининга у новорождённых в отделении реанимации и интенсивной терапии и выявление наиболее значимых факторов риска по нарушениям слуха у новорождённых и недоношенных детей в неонатальном периоде. Группу исследования составили 93 недоношенных ребёнка с ОНМТ и ЭНМТ, находящихся на лечении в отделении интенсивной терапии и патологии новорождённых детей детской городской больницы №17 (ГБУЗ СПб ДГБ №17 Св. Николая Чудотворца). После выписки из стационара все дети наблюдались и оценивались в динамике до постконцептуального возраста 90 нед (что соответствует 1 году). В качестве скрининговых методов обследования слуховой функции новорождённых на этапе неонатального стационара использованы метод регистрации задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ) (свидетельствующий о состоянии наружных волосковых клеток-рецепторов внутреннего уха) и метод коротколатентных

слуховых вызванных потенциалов (КСВП), оценивающий функцию слухового анализатора, включая ретрокохлеарные структуры. Все дети подверглись повторным аудиологическим обследованиям на первом году жизни.

Результаты. Снижение слуха выявлено у 11 младенцев (12%), из них у девяти детей в возрасте 1 года выявлена грубая задержка психомоторного развития. В неонатальном периоде ЗВОАЭ не была зарегистрирована у 17 детей; впоследствии у 11 детей подтверждено снижение слуха. К возрасту одного скорректированного года всего выявлено девять детей с нейросенсорной тугоухостью III–IV степени (выраженное нарушение слуха) и двое со снижением слуха I–II степени (специфичность метода ЗВОАЭ составила 77%, чувствительность — 100%). Анализ факторов риска выявил достоверную корреляцию патологии слуховой системы с кистозной формой перивентрикулярной лейкомаляции ($p=0,009$), с уровнем билирубина более 240 мкмоль/л, длительностью искусственной вентиляции лёгких более 3 нед. Не выявлено статистически значимых корреляций частоты развития нейросенсорной тугоухости с применением гентамицина, наличием внутрижелудочкового кровоизлияния, сепсисом.

Выводы. Проведение аудиологического скрининга для обследования новорождённых и недоношенных детей является эффективным диагностическим и прогностическим методом; новорождённые и недоношенные дети, потребовавшие интенсивной терапии в неонатальном периоде, нуждаются в диспансерном наблюдении в сурдологическом центре для своевременной диагностики слуховых потерь и незамедлительного начала программ (ре)абилитации. В целях снижения риска развития тугоухости у новорождённых необходимо соблюдать высокотехнологичную интенсивную терапию с соблюдением стандартов выхаживания недоношенных детей, минимизацией инвазивных методик кислородотерапии, профилактикой гипербилирубинемии у недоношенных детей.

Литература

1. Гарбарук Е.С., Калмыкова И.В., Вершинина Е.А. Сенсоневральная тугоухость и слуховая нейропатия у недоношенных детей // *Российская оториноларингология*. — 2008. — №51. — С. 228–231.
2. Пальчик А.Б., Фёдорова Л.А., Понятишин А.Б. *Неврология недоношенных детей*. — М.: МЕДпресс, 2014.
3. Чибисова С.С., Маркова Т.Г., Алексеева Н.Н. и др. Эпидемиология нарушений слуха среди детей 1-го года жизни // *Вестник оториноларингологии*. — 2018. — №83 (4).
4. Савенко И.В., Гарбарук Е.С. Возрастная динамика слуховой функции у детей, родившихся глубоко недоношенными // *Вестник оториноларингологии*. — 2018. — №83 (5). — С. 11–16.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ КИСТОЗНОЙ ФОРМЫ ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЛЕЙКОМАЛЯЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Фёдорова Л.А., канд. мед. наук, доц. кафедры
неонатологии с курсами неврологии и акушерства-
гинекологии¹;

Рубин Г.В., зав. отделением анестезиологии,
реанимации и интенсивной терапии новорождённых².

¹ФП и ДПО Санкт-Петербургского государственного
педиатрического медицинского университета;

²Детская городская больница №17

Св. Николая Чудотворца.

E-mail: arslarissa@ Rambler.ru; моб. тел.: +7 (921) 918 6066.

Кистозная форма перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ) — тяжёлое ишемическое поражение головного мозга недоношенных детей, обуславливающее инвалидизацию за счёт формирования спастической формы детского церебрального паралича. Анализ частоты и перинатальных факторов риска возникновения кистозной формы перивентрикулярной лейкомаляции в неонатальном периоде у недоношенных детей с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) продемонстрировал значительное преобладание данной патологии в группе детей с массой тела при рождении 1000–1500 г и сроком гестации при рождении 28–32 нед (по сравнению с детьми с массой тела при рождении менее 1000 г и гестацией менее 28 нед). Статистические ассоциации кистозной ПВЛ коррелировали с наличием урогенитальной инфекции у матери и кровопотерей в родах (при отслойке и предлежании плаценты). Совершенствование антенатальной тактики ведения, профилактика и лечение инфекционных заболеваний женщины, акушерские мероприятия по профилактике кровотечений в родах позволят снизить частоту патологии.

Cystic periventricular leucomalacia in premature infants is a severe ischemic brain lesion that causes disability of the child due to the formation of a gross motor deficit in the form of a spastic form of cerebral palsy. Analysis of the frequency and perinatal risk factors for the occurrence, of cystic periventricular leucomalacia in the neonatal period in premature children with very low and extremely low body weight, demonstrated a significant prevalence of this pathology in the group of children with a birth weight of 1000–1500 g and a gestation period of 28–32 weeks (compared with children with a birth weight of less than 1000 g and gestation of less than 28 weeks). Statistical associations of cystic PVL correlated with the presence of urogenital infection in the mother and blood loss in childbirth (placental abruption and

abnormal position of the placenta). Improving perinatal technologies, prevention and treatment of infectious diseases of women, will reduce the frequency of pathology.

Кистозная форма ПВЛ представляет собой некроз и/или глиоз белого мозгового вещества (ишемическое поражение головного мозга), локализующийся преимущественно в областях, прилегающими дорсально и латерально по отношению к боковым желудочкам мозга. Характерная форма ДЦП при ПВЛ — спастическая диплегия вследствие поражения нисходящих кортико-спинальных волокон. ПВЛ — наиболее частая причина детского церебрального паралича у недоношенных детей; частота инвалидизации достигает 95–98%. Кистозная форма ПВЛ формируется у недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ с частотой 7–17% случаев; в генезе основное значение имеют ишемические процессы, связанные с нарушением перфузии мозгового кровотока и анатомо-физиологической незрелостью кровоснабжения перивентрикулярных зон мозга, сохраняющиеся вплоть до 32–33 нед внутриутробного развития.

Цель исследования — выявить факторы риска формирования кистозной формы ПВЛ у недоношенных детей для разработки мер по профилактике возникновения данной патологии. Анализ частоты кистозной формы перивентрикулярной лейкомаляции у недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ, получивших лечение в специализированном стационаре для новорождённых и недоношенных детей (ДГБ №17 Св. Николая Чудотворца) в период с 2015 по 2019 год, продемонстрировал значительное преобладание данной патологии в группе детей с массой тела при рождении 1000–1500 г и сроком гестации при рождении 28–32 нед (по сравнению с детьми с массой тела при рождении менее 1000 г и гестацией менее 28 нед). Так, в группе детей с ОНМТ (n=510) частота кистозной ПВЛ составила 4,7% (24 ребёнка); в группе с ЭНМТ (n=235) — с частотой 1,3% (трое детей) (p=0,00001, $\chi^2=77,1$). При анализе частоты ПВЛ по гестационным группам также выявлена корреляция патологии (менее значимая) в группе с большим гестационным возрастом (28–32 vs 23–27 нед гестации при рождении) (p=0,01, $\chi^2=5,5$). Ведущим фактором риска формирования кистозной ПВЛ явилось наличие урогенитальной инфекции матери во время беременности (вызванной одним или несколькими возбудителями): уреоплазмоза, хламидиоза, микоплазмоза (p=0,049, $\chi^2=3,8$). В группе детей с кистозной ПВЛ наличие урогенитальной инфекции у матери наблюдалось в 71% случаев. Статистические ассоциации кистозной ПВЛ также выявлены при кровопотере в родах, обусловленной отслойкой и/или предлежанием плаценты: у трети недоношенных детей с ПВЛ (33,3%) имелись указанные осложнения в родах (p=0,007, $\chi^2=7,01$). При анализе неонатальных факторов риска формирования кистозной ПВЛ, таких как постнатальный сепсис, гемодинамически значимый открытый артериальный проток, бронхолёгочная дисплазия, индекс инвазивности вентилиации >15, статистической разницы не получено. При сравнительном анализе частоты кистозной формы ПВЛ в эпоху избирательного применения сурфактанта, агрессивной респираторной терапии, отсутствия пренатальной профилактики СДР (использования дексаметазона, бетаметазона) (период 1999–2005 гг.) различий по частоте кистозной ПВЛ и влиянию перинатальных факторов риска не получено.

Заключение. Совершенствование антенатальной тактики ведения, профилактика и лечение инфекционных заболеваний женщины, акушерские мероприятия по профилактике кровотечений в родах позволят снизить частоту патологии.

Литература

1. Пальчик А.Б., Фёдорова Л.А., Понятишин А.Б. *Неврология недоношенных детей.* — М.: МЕДпресс, 2014.
2. Айкарди Ж. *Заболевания нервной системы у детей.* — М.: Бином, 2012.
3. Александрович Ю.С., Пшениснов К.В. *Интенсивная терапия новорождённых.* — СПб., 2013.
4. *Федеральное руководство по детской неврологии / Под ред. В.И. Гузевой.* М.: Специальное издательство медицинских книг, 2016.
5. Сахарова Е.С., Кешишян Е.С., Алямовская Г.А. *Неврологические исходы у недоношенных детей к трёхлетнему возрасту // Медицинский совет.* — 2015. — С. 50–53.
6. Seaton S.E., King S., Manktelow B.N. et al. *Babies born at the threshold of viability: changes in survival and workload over 20 years // Arch. Dis. Child Fetal. Neonatal Ed.* — 2013. — Vol. 98. — P. F15–F20.
7. Shah P.S., Lui K., Sjors G. et al. *Neonatal outcomes of very low birth weight and very preterm neonates: An international comparison // J. Pediatr.* — 2016. — Vol. 177. — P. 144–152.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА И ИСХОДЫ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Филиппов Е.С., докт. мед. наук, проф. кафедры детских болезней и детских инфекций;

Бутакова Т.В., ординатор кафедры детских болезней и детских инфекций;

Кайдаулова К.В., ординатор кафедры детских болезней и детских инфекций.

Иркутский государственный медицинский университет.

E-mail: tania.btv15@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (950) 103 5297.

Установлено, что у 20,83–33,33% детей, рождённых с задержкой роста, в возрасте до 3 лет сохраняется отставание в физическом развитии, выявляются отклонения нервно-психического статуса и отмечается неврологическая заболеваемость, требующая лечения и реабилитации (Афанасьева Н.В., 2004). В 1992 г. D.J.P. Barker в своей монографии показал, что у взрослых, родившихся с низкой массой тела, повышен риск сердечно-сосудистых заболеваний, а также ранней смерти от сосудистых заболеваний.

It was found that in 20,83–33,33% of children born with stunted growth, under the age of 3 years, a lag in physical development remains, deviations of the neuropsychic status are detected, and a neurological morbidity requiring treatment and rehabilitation is noted (Afanasyeva N.V., 2004). In 1992, D.J.P. Barker in his monograph showed that adults born with low body weight are at increased risk of cardiovascular disease, as well as early death from vascular disease.

Значимость изучения синдрома задержки развития плода (СЗРП) определяется большим удельным весом его в структуре перинатальной смертности и неонатальной заболеваемости. Последствия перенесённого длительного внутриутробного страдания плода обуславливают в постнатальном периоде нарушение адаптации, морфо-функциональные изменения, которые могут привести к отклонению физического, соматического и нервно-психического развития в последующем онтогенезе. Установлено, что у 20,83–33,33% детей, рождённых с задержкой роста, в возрасте до 3 лет сохраняется отставание в физическом развитии, выявляются отклонения нервно-психического статуса и отмечается неврологическая заболеваемость, требующая лечения и реабилитации (Афанасьева Н.В., 2004). В многочисленных научных исследованиях подтверждается, что степень тяжести поражения ЦНС ребёнка и показатели детской заболеваемости имеют прямую корреляционную связь со степенью отставания фетометрических параметров и выраженностью внутриутробных нарушений его состояния (Торчинов А.М., Цахилова Ц.Г., 2007, 2008, 2010; Шалина Р.И., 2008). В 1992 г. D.J.P. Barker в своей монографии показал, что у взрослых, родившихся с низкой массой тела, повышен риск сердечно-сосудистых заболеваний, а также ранней смерти от сосудистых заболеваний.

Цель исследования — изучить особенности течения раннего неонатального периода и исходы детей с задержкой развития плода.

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ ИГПЦ в отделении катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией. Проведён ретроспективный анализ 145 историй развития детей с СЗРП, родившихся в период с 2016 по 2018 год (1-я группа). В качестве группы контроля были выбраны 145 историй развития детей, относящихся к 1-й группе здоровья (2-я группа).

При анализе данных истории развития ребёнка выявлено, что соотношение мальчиков и девочек в обеих группах составило 1:1,5 (61 и 39%, 59 и 41% соответственно). Срок гестации на момент родов в среднем составлял 38 нед в обеих группах. Большая часть детей обеих групп при рождении имели оценку по шкале Апгар 8/9 баллов. У исследуемой когорты детей 1-й группы встречались оба варианта СЗРП: большинство новорождённых (82%) имели гипотрофический (асимметричный) вариант, 18% — гипопластический (симметричный) вариант. Патология раннего неонатального периода у новорождённых 1-й группы наблюдалась в 73% случаев и была представлена в 50% случаев неонатальной желтухой, потребовавшей фототерапии, ВУИ различной локализации и этиологии (17%), полицитемии (6%), тогда как в группе сравнения особенности течения раннего неонатального периода были представлены в 34% случаев

физиологической желтухой, в 2% — явлениями ВУИ различной локализации ($p < 0,05$).

При анализе данных о физическом развитии (ФР) было выявлено, что 45% детей 1-й группы в большинстве случаев догоняют своих сверстников в течение первого полугодия жизни, их ФР приближается к среднему (23%) или даже выше среднего (12%), но у 10% детей параметры ФР остаются в диапазоне ниже среднего. В контрольной группе уровень ФР детей соответствовал возрасту и находился в диапазоне средних величин в 86% случаев. Новорождённые, с симметричным вариантом СЗРП при рождении имели низкое гармоничное ФР. В возрасте 1 года ФР 62% этих детей достигало средних величин.

При оценке нервно-психического развития (НПР) детей было выявлено, что в обеих группах оно соответствует возрасту.

У детей, рождённых с СЗРП, ранний неонатальный период в 17% случаев осложняется различными проявлениями внутриутробной инфекции. Дети с асимметричным вариантом СЗРП достигают средних величин физического развития в течение первых 6 мес жизни, с симметричным вариантом — только к концу первого года жизни.

ФАКТОРЫ РИСКА СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Филиппов Е.С., докт. мед. наук, проф. кафедры
детских болезней и детских инфекций;

Кайдаулова К.В., ординатор кафедры детских
болезней и детских инфекций;

Бутакова Т.В., ординатор кафедры детских болезней
и детских инфекций.

Иркутский государственный медицинский университет.

E-mail: kristinagrudeva3@gmail.com;

моб. тел.: +7 (929) 4375554.

Синдром задержки развития плода (СЗРП) является одной из ведущих проблем перинатологии. На сегодняшний день не существует специфической терапии СЗРП, позволяющей полностью скорректировать данное заболевание. На формирование синдрома, по данным литературы, влияют четыре группы факторов: материнские, плодовые, плацентарные и социально-биологические.

Fetal developmental retardation syndrome (FDS) is one of the leading problems of perinatology. To date, there is no specific therapy for SZRP, which allows to completely correct this disease. According to the literature, 4 groups of factors influence the formation of the syndrome: maternal, fetal, placental and socio-biological.

Синдром задержки развития плода (СЗРП) является мультифакторальной патологией, в реализации которой важную роль играют как наследственные, так и внешне-средовые факторы. На сегодняшний день не существует специфической терапии СЗРП, позволяющей полностью скорректировать данное заболевание. В связи с этим большинство ранее проведённых исследований направлено на поиск наиболее точных прогностических

критериев развития данного синдрома. На формирование СЗРП, по данным литературы, влияют четыре группы факторов: материнские, плодовые, плацентарные и социально-биологические.

Цель исследования — определить ведущие факторы, приводящие к возникновению задержки внутриутробного развития плода.

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ ИГПЦ в отделении катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией. Проведён ретроспективный анализ 145 историй развития детей с СЗРП, родившихся в период с 2016 по 2018 год (1-я группа). В качестве группы контроля были выбраны 145 историй развития детей, относящихся к 1-й группе здоровья (2-я группа).

1. Материнские факторы: средний возраст родителей в обеих группах достоверно не отличался — матери 24 и 26 лет, отцу 32 и 35 лет соответственно. Срок гестации на момент родов в среднем составлял 38 нед. У 25% беременных женщин 1-й группы имелся отягощённый акушерский анамнез (ОАА) в виде двух и более аборт (9%), замершей беременности в анамнезе (4%), привычного невынашивания (3%), недоношенных детей в анамнезе (3%), мертворождённых в анамнезе (2%), тогда как в группе сравнения ОАА отмечен в 12% случаев ($p < 0,05$). У 22% женщин 1-й группы констатировали никотиновую зависимость. В группе сравнения данный неблагоприятный фактор встречался в 8% случаев. Достоверных различий в структуре инфекционной патологии матери в обеих группах не выявлено. Так, данный фактор был представлен следующими заболеваниями в 1-й и 2-й группах соответственно: герпетической инфекцией (16 и 14%), ИПП (13 и 5%), ИМВП (8 и 7%), инфекция лор-органов (5 и 4%) и ВИЧ-инфекций (4 и 2%). 44% беременных женщин 1-й группы состояли на «Д»-учёте по соматической патологии (анемия, заболевания сердечно-сосудистой системы, щитовидной железы, миопия, ожирение, патология репродуктивной системы, дыхательной системы), в то время как в контрольной группе соматическая патология матери встречалась в 26% случаев ($p < 0,05$).

2. Плодовые факторы при оценке данных не были выявлены.

3. Социально-биологические факторы риска были представлены подростковым возрастом матери в 7% случаев в 1-й группе и в 2% случаев в контрольной группе ($p < 0,05$).

4. Плацентарные факторы: в 78% случаев течение беременности у женщин 1-й группы осложнилось угрозой прерывания (25%), преэклампсией (21%), плацентарными нарушениями (15%), артериальной гипертонией беременных (13%), гестационным пиелонефритом (2%), гестационным сахарным диабетом (2%); компенсированная плацентарная недостаточность наблюдалась в 60% случаев, в то время как в группе сравнения осложнения беременности отмечены в 38% случаев ($p < 0,05$).

Учитывая вышеизложенное, наиболее значимыми пренатальными факторами риска, приводящими к развитию СЗРП у новорождённых, являются материнские (соматическая патология матери, в частности анемия, а также заболевания щитовидной железы и сердечно-сосудистой системы) и плацентарные (осложнённое течение беременности).

ОСОБЕННОСТИ ГИПОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Шимченко Е.В., канд. мед. наук, ассистент кафедры;
Клеценко Е.И., проф.

Кубанский государственный медицинский университет,
кафедра педиатрии с курсом неонатологии
(г. Краснодар).

E-mail: ev2273@mail.ru;
тел.: +7 (918) 329 03 48.

Количественный и качественный анализ показателей диффузионно-взвешенной магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга позволил выявить особенности гипоксического поражения нервной ткани у доношенных и недоношенных новорождённых, определить характер повреждения мозговых структур, полученного в антенатальном и интранатальном периоде.

Quantitative and qualitative analysis to indicators of brain diffusion-weighted magnetic resonance imaging (MRI) revealed the features of hypoxic damage to the nervous tissue in term and preterm infants, to determine the nature of damage to brain structures obtained in the antenatal and intranatal period.

Перинатальные поражения головного мозга являются одной из основных причин инвалидизации детей раннего возраста [1; 2]. В связи с этим особое значение приобретает проведение диагностики состояния структур мозга и мозгового кровообращения у новорождённых с использованием МРТ [3; 4].

Цель исследования — изучить особенности гипоксического поражения головного мозга у доношенных и недоношенных новорождённых с использованием показателей МРТ. В исследование включены 126 новорождённых (гестационный возраст 29–42 нед) с перинатальным гипоксическим поражением головного мозга, получавших лечение в реанимационном отделении ГБУЗ ДККБ г. Краснодара. Всем детям на 2–10-е сутки жизни проведено магнитно-резонансное исследование головного мозга в режиме диффузионно-взвешенных изображений (ДВИ). При количественной оценке выраженности ишемии паренхимы мозга определялся измеряемый коэффициент диффузии (ИКД) белого вещества на уровне передних и задних рогов, тел боковых желудочков, серого вещества — базальных ядер, коры лобных долей. Анализ показателей магнитно-резонансного исследования головного мозга у 76 (60%) доношенных и 50 (40%) недоношенных новорождённых показал, что при гипоксии наибольшие нарушения мозгового кровотока определяются в белом и сером веществе больших полушарий и менее выраженные изменения — в стволовых структурах за счёт «обкрадывания» кровотока полушарий мозга в результате централизации кровообращения. У доношенных новорож-

дённых по сравнению с недоношенными новорождёнными выявлены наибольшие колебания мозгового кровотока, более выраженная централизация мозгового кровообращения в стволовых структурах в результате воздействия гипоксии.

У недоношенных новорождённых определена статистически значимая ($p < 0,01$) обратная высокорреляционная связь между гестационным возрастом и величиной ИКД белого вещества ($r_{xy} = -0,734$) и серого вещества ($r_{xy} = -0,715$). Таким образом, чем больше срок гестации, тем ниже показатели ИКД и медленнее диффузионные процессы, и наоборот, чем меньше срок гестации, тем выше показатели ИКД и, соответственно, интенсивнее диффузионные процессы в мозговой ткани. Наибольшее ускорение диффузионных процессов при наименьшем сроке гестации является защитным механизмом от повреждающего мозговые структуры воздействия гипоксии у недоношенных детей.

Наиболее выраженные деструктивные изменения в форме мультикистозной энцефаломалиции определены у 13 детей со сроком гестации 36–42 нед, что связано с наибольшей уязвимостью коры и субкортикальных структур при большем сроке гестации за счёт более выраженной централизации мозгового кровообращения в стволовых структурах у доношенных новорождённых по сравнению с недоношенными.

По данным МРТ выделены три типа гипоксически-ишемического повреждения структур мозга у детей, выявляемые на 2–10-е сутки жизни: 1-й тип — последствия острого нарушения мозгового кровообращения в результате острой антенатальной гипоксии плода, проявляющиеся диффузным понижением сигнальных характеристик на ДВИ; 2-й тип — последствия хронического нарушения мозгового кровообращения, возникшего в антенатальном периоде в результате хронической внутриутробной гипоксии плода, проявляющиеся очагами повышения сигнальных характеристик в перивентрикулярных областях на ДВИ; 3-й тип — последствия острого нарушения мозгового кровообращения в результате острой интранатальной гипоксии плода, проявляющиеся диффузным повышением сигнальных характеристик на ДВИ.

Анализ показателей МРТ головного мозга у новорождённых с перинатальным гипоксическим поражением нервной системы позволяет на раннем этапе оценить характер повреждения структур мозга и разработать адекватную тактику терапии и реабилитации.

Литература

1. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорождённых. — 4-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2013.
2. Volpe J.J. *Neurology of the Newborn*. — Philadelphia: Elsevier Health Sciences, 2008.
3. Уэстбрук К. *Магнитно-резонансная томография*. М.: Лаборатория знаний, 2018.
4. Мелашенко Т.В., Поздняков А.В., Львов В.С. МРТ-паттерны гипоксически-ишемического поражения головного мозга у доношенных новорождённых // *Педиатр*. — 2017. — №8 (6). — С. 86–93.

Педиатрия

Свежие знания
к вашему столу



ЖУРНАЛ StatusPraesens для педиатров и неонатологов

Как подписаться?

- ✓ На сайте praesens.ru в разделе «Журналы/Журнал "StatusPraesens. Педиатрия и неонатология"/Как подписаться». Оплата online банковской картой.
- ✓ В почтовом отделении России по каталогу агентства «Роспечать», подписной индекс: 80543.
- ✓ По каталогу «Пресса России», подписной индекс: 33026.
- ✓ В офисе по адресу: Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3.
- ✓ В любом банке/мобильном банке по реквизитам:
Получатель: 000 «Статус презенс контент»
ИНН/КПП: 7701984958/770101001
Р/с: 40702810700000019553
Банк получателя: Филиал №7701 Банка ВТБ (ПАО), г. Москва
БИК: 044525745
К/с: 30101810345250000745
Назначение платежа: годовая подписка на журнал «StatusPraesens. Педиатрия и неонатология»
Сообщите об оплате по e-mail: ig@praesens.ru; или по тел.: +7 (499) 346 3902, доб. 503, 514.
- ✓ На мероприятиях, организуемых компанией StatusPraesens.

Стоимость годовой подписки (4 номера) с доставкой по России
Для физических лиц – 1200 руб.
Для юридических лиц – 2000 руб.



Отдел продвижения издательских проектов StatusPraesens. Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3

☎ +7 (499) 346 3902, доб. 503, 514

✉ ig@praesens.ru

🌐 praesens.ru

StatusPraesens
— profmedia

МАРКЁРЫ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПРИ ВТОРИЧНОЙ ОЛИГОМНОРЕЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Андреева В.О., Боташева Т.Л.,
Рымашевский А.В., Латынин А.Н.,
Аперян А.В., Андреева С.С.,
Заводнов О.П.,
Железнякова Е.В.

Научно-исследовательский институт акушерства
и педиатрии Ростовского государственного
медицинского университета Минздрава России
(НИИАП РостГМУ Минздрава России)
(г. Ростов-на-Дону).
E-mail: vandreyeva@mail.ru;
тел.: +7 (903) 401 0151.

В результате исследования маркёров овариального резерва — АМГ и ингибина В — у 78 девочек-подростков с диагнозом «вторичная олигоменорея» (N91.4 по МКБ-10) выявлено, что наибольшей значимостью для дифференциальной диагностики олигоменореи является уровень ингибина В, коррелирующий с объёмом яичников и количеством антральных фолликулов. Уровень АМГ является показателем фолликулярного запаса яичников, возможно, отражает характер происходящих внутрияичниковых процессов, таких как регуляция перехода покоящихся примордиальных фолликулов в фазу активного роста.

As a result of the study of markers of ovarian reserve — AMH and Inhibin B — in 78 adolescent girls diagnosed with «secondary oligomenorrhea» (N91.4 on ICD-10), it was found that the most important for differential diagnosis of oligomenoreia is the level of Inhibin B, correlated with the volume of the ovaries and the number of antral follicles. AMH levels are an indicator of the follicular reserve of the ovaries, perhaps reflecting the nature of the intra-ovaries processes occurring, such as the regulation of the transition of resting primordial follicles into the active growth phase.

Поиск маркёров состояния овариального резерва у подростков, страдающих олигоменореей, является актуальной задачей в период депопуляции, сохраняющейся в нашей стране. Для оценки фолликулярного резерва наибольшей диагностической и прогностической ценностью обладают ингибин В и антимюллеров гормон (АМГ) [1]. АМГ секретируется клетками гранулёзы преантральных и малых антральных фолликулов и является маркёром гормончувствительного этапа фолликулогенеза, а также диагностическим критерием сохранности фолликулярного аппарата [2].

Ингибин В является маркёром гормонзависимого этапа фолликулогенеза и показателем числа фолликулов, отобранных из примордиального пула, которые могут созреть и овулировать [Боярский К.Ю., 2019].

Цель настоящего исследования — повышение эффективности лечения подростков с олигоменореей путём оценки овариального резерва у данной категории больных.

Объект исследования: 78 девочек-подростков с диагнозом «вторичная олигоменорея» (N91.4 по

МКБ-10). Критерии включения: возраст 16–18 лет; отсутствие в анамнезе половых контактов, специфических гинекологических воспалительных заболеваний, остро инфекционного заболевания; нормальный вес и плазменный уровень пролактина. Группа контроля — 20 здоровых девочек с регулярным менструальным циклом. Возраст пациенток — 16,5±0,3 года.

Методом ИФА исследован уровень гонадотропинов, ТТГ, половых, надпочечниковых и свободных форм тиреоидных гормонов, АМГ, ингибина В; проведено УЗИ яичников с измерением их объёма и подсчётом числа антральных фолликулов. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием Statistica 6.0.

В результате проведённого исследования выявлено, что ни у одной из 78 пациенток значения ингибина В не соответствовали нормативам — 40–100 пг/мл, поэтому основная группа была разделена на две группы: 1-ю — с низким уровнем ингибина В <40 пг/мл (39 человек) и 2-ю — с высоким >100 пг/мл (49 человек). В группе контроля уровень ингибина В соответствовал норме — 48,6 (88,3; 34,9) пг/мл. Основные клинико-лабораторные характеристики 1-й группы — повышение показателей АМГ и 17-ГОП при нормальных значениях тестостерона, нормальный объём яичников и их мультифолликулярная трансформация. В 1-й группе при низких показателях ингибина В уровень АМГ имел максимальные значения среди сравниваемых групп, что указывало на патологические изменения гормончувствительной фазы фолликулогенеза.

Пациентки 2-й группы имели критерии, соответствующие III фенотипу СПКЯ: хроническую ановуляцию и поликистоз яичников без гиперандрогении. Наряду с высоким уровнем ингибина В показатели АМГ не превышали нормативы.

Следовательно, из исследованных нами маркёров овариального резерва наибольшую значимость для дифференциальной диагностики олигоменореи имеет уровень ингибина В, коррелирующий с объёмом яичников и количеством антральных фолликулов. Уровень АМГ является более точным показателем фолликулярного запаса яичников, возможно, отражает характер происходящих внутрияичниковых процессов, таких как регуляция перехода покоящихся примордиальных фолликулов в фазу активного роста.

Литература

1. Боярский К.Ю., Кахиани Е.И. Проблемы репродукции. — 2018. — №2. — С. 9–22.
2. Боярский К.Ю., Гайдуков С.Н., Машкова Е.А. Роль Антимюллерова гормона (АМГ) в норме и при различных гинекологических заболеваниях // Журнал акушерства и женских болезней. — 2009. — №3. — С. 75–85.

ФАКТОРЫ РИСКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Арсанукаева Л.Ш., лор-врач¹;

*Джанибекова А.С., канд. мед. наук, ассистент
кафедры поликлинической педиатрии².*

¹Республиканский клинический госпиталь
ветеранов войн.

²Ставропольский государственный медицинский
университет.

E-mail: Asya-8686@yandex.ru;

тел.: +7 (928) 230 2963

С помощью сравнительного анализа нами выявлены наиболее значимые факторы риска в формировании аллергической патологии в целом, а также отдельных её нозологических форм у детей Чеченской Республики. Выявление этих факторов необходимо для раннего прогнозирования и профилактики патологии, а также для организации реабилитации детей с аллергическими заболеваниями.

With the help of a comparative analysis, we have identified the most significant risk factors in the formation of allergic pathology in general, as well as its individual nosological forms in children of the Chechen Republic. The identification of these factors is necessary for early prognosis and prevention of pathology, as well as the organization of rehabilitation of children with allergic diseases.

Мероприятия, направленные на предупреждение или снижение частоты возникновения аллергической патологии у детей, не могут быть эффективными без выделения факторов, способствующих её формированию и реализации. Выявление различных факторов риска развития аллергопатологии и их элиминация могут способствовать профилактике этих заболеваний путём составления регистра детей с наиболее значимыми факторами риска.

Цель исследования — изучение структуры наиболее значимых факторов риска развития аллергических заболеваний и их взаимосвязи у детей Чеченской Республики.

Для выявления особенностей совокупности факторов, влияющих на формирование аллергических заболеваний у детей, проведён сравнительный анализ результатов опроса-анкетирования, непосредственной беседы с родителями, а также последующего углублённого обследования 2149 детей из Чеченской Республики с аллергической патологией (бронхиальная астма — 16,3% [350 детей], аллергический ринит — 36,3% [780 детей], атопический дерматит — 47,4% [1019 детей]). Девочек среди обследованных детей было 1088 (50,4%), мальчиков — 1061 (49,6%). Результаты исследования позволили выявить ряд факторов, достоверно чаще встречаемых среди детей, страдающих аллергической патологией. Все факторы риска аллергических заболеваний разделили на две группы медицинские (наследственно-конституциональные, ante- и постнатальные) и факторы, характеризующие условия и образ жизни ребёнка и его семьи. Среди

медицинских — на хроническую экстрагенитальную патологию пришлось 52,3%, на гестозы беременности — 41,5%, на атопию по линии матери и отца — 32,4 и 27,3% соответственно, на злоупотребление беременной облигатными аллергенами — 31,6%, на угрозу прерывания беременности — 18,9%, на эпизоды острых аллергических заболеваний во время беременности — 4,5%. Из факторов постнатального периода выделили ОРЗ с рождения — 56,7%, проявление аллергического диатеза на первом году жизни — 42,3%, массу тела менее 2700 г при рождении — 18,6%, раннее искусственное вскармливание — 23,4%. Из факторов, характеризующих качество жизни ребёнка и семьи: низкая материальная обеспеченность — 32,7%, пассивное курение в семье — 27%, раннее организованное детство — 18,9%, постоянный контакт с потенциальными аллергенами — 15,6% и проживание в экологически неблагоприятных районах более 3 лет — 7,1%.

Наряду с этим оценили суммарный вклад отдельных факторов в развитие нозологических форм аллергопатологии — бронхиальной астмы, аллергического ринита и атопического дерматита. Результаты исследования показали, что влияние наследственно-конституциональных факторов на развитие аллергической патологии (бронхиальной астмы, аллергического ринита и атопического дерматита) составили 45,6; 32,6 и 32,3% соответственно, антенатальных — 10,3; 12,3 и 11,8%, интранатальных факторов — 8,9; 17,4 и 9,2%, характера вскармливания в грудном возрасте — 6,7; 5,6 и 20,3%, факторов, характеризующих качество жизни — 28,5; 32,1 и 26,4% соответственно.

С помощью сравнительного анализа выявлены наиболее значимые факторы риска в формировании аллергической патологии в целом, а также отдельных её нозологических форм. Следует отметить, что ведущую роль в формировании аллергических заболеваний у детей играют наследственная отягощённость атопией и конституциональные особенности. Также нами выявлено весьма значительное влияние на формирование всех нозологических форм аллергических заболеваний факторов, характеризующих качество жизни ребёнка и его семьи (раннее по возрасту воспитание в детском коллективе, низкое материальное благополучие семьи, факторы социального риска, постоянный контакт с потенциальными аллергенами, длительное проживание в экологически неблагоприятных районах). Выявление этих факторов необходимо для раннего прогнозирования и профилактики, а также для организации реабилитации детей с аллергическими заболеваниями.

Эффективно повлиять на непрерывный рост распространённости, инвалидизации и даже смертности от аллергических заболеваний как у детей, так и у взрослого населения только с помощью мероприятий, направленных на улучшение ранней диагностики и эффективного лечения, невозможно. Необходим комплексный подход с включением современных профилактических мероприятий у лиц из групп риска.

Литература

1. Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика: Нац. программа. — 5-е изд., испр. и доп. — М.: Российское респираторное общество, 2017. — 160 с.
2. Аллергология и иммунология: Реком. для врачей / Под ред. А.А. Баранова, Р.М. Хаитова. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Союз педиатров России, 2010. — 252 с.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У ДЕТЕЙ С ТУБУЛО- ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Вялкова А.А., докт. мед. наук, зав. кафедрой
факультетской педиатрии;

Плотникова С.В., ассистент кафедры
факультетской педиатрии;

Чеснокова С.А., ассистент кафедры факультетской
педиатрии.

Оренбургский государственный медицинский
университет.

E-mail: k_pediatriy@orgma.ru;

тел.: +7 (922) 625 8875.

У детей с прогрессирующим течением тубуло-интерстициальной болезни почек (ТИБП) с формированием хронической болезни почек (ХБП) по сравнению с благоприятным течением ТИБП выявлена достоверно более высокая частота перинатальных факторов. Доказана их информативность как критериев прогнозирования течения ТИБП.

In children with a progressive course of tubulo-interstitial kidney disease (TIKD) with the formation of chronic kidney disease (CKD), a significantly higher incidence of perinatal factors was revealed in comparison with a favorable course of TIKD. Their informativeness has been proved as criteria for predicting the course of TIKD.

Перинатальный стресс и последствия его воздействия в пренатальном периоде реализуются как патогенетическое звено формирования патологии детского возраста (А.А. Вялкова, Б.А. Фролов и др., 2020). Состояние плода в период внутриутробного развития зависит не только от эпигенетических механизмов, но и от состояния здоровья матери, уровня развития позитивных или негативных эмоций будущей матери во время беременности (Д.О. Иванов, 2019). Гипоксия плода является наиболее распространённой формой стресса, приводящей к неконтролируемому окислительному стрессу на клеточном и тканевом уровне с развитием осложнений беременности, стойких изменений у плода и патологических состояний у новорождённого. Установлено, что беременность сама по себе является стрессом для организма женщины, а при воздействии неблагоприятных факторов во время беременности происходит развитие адаптивного ответа с ответными реакциями в организме как матери, так и плода. В процессе реализации данных реакций у плода развиваются определённые сдвиги в работе эндокринной системы, нарушаются процессы синтеза, секреции, рецепции гормонов и биологически активных веществ. В исходе этих приспособительных реакций в организме плода происходит перераспределение кислорода и питательных веществ в пользу жизненно важных органов (сердца и мозга) для выживания организма, что приводит к нарушению развития других органов, в том числе почек.

Цель исследования — изучить перинатальные факторы риска у детей с тубуло-интерстициальной болезнью почек.

Проведён ретроспективный анализ 2800 историй болезни пациентов с ТИБП с оценкой комплексного клинико-параclinicalического обследования и нефрологического статуса, что позволило выделить по данным госпитализированной заболеваемости детей с прогрессирующим течением ТИБП и благоприятным течением ТИБП без признаков формирования ХБП. У всех детей изучены перинатальные факторы с оценкой генеалогического анамнеза, медико-биологических факторов и перинатальной патологии. Статистическая обработка материала произведена с помощью прикладного комплекта программ Microsoft Office с использованием электронных таблиц Excel, программы Statistica 6.0, включающей все основные виды системного анализа.

При сравнительном анализе выявлены различия частоты перинатальных факторов в сравниваемых группах: патология почек у матери и родственников в семье (66,9%), осложнённое течение беременности и родов (85,5%), перинатальная патология (57,1%) выявлены достоверно чаще у детей с прогрессирующим течением ТИБП по сравнению с детьми без признаков ХБП ($p < 0,05$).

Анализ перинатальных факторов показал, что гипоксия плода (74,6 против 44%, $p < 0,05$) в виде внутриутробной гипоксии, угрозы прерывания беременности, синдрома задержки внутриутробного развития плода выявлялась достоверно чаще ТИБП у детей при прогрессирующем течении ТИБП с формированием ХБП по сравнению с благоприятным течением, подтверждающим значение окислительного стресса в сочетании с воздействием других факторов в пренатальном периоде как ведущего фактора риска формирования заболеваний почек. Доказано, что инфекционное воздействие во внутриутробном периоде в виде обострений хронического пиелонефрита у матери во время беременности или (и) гестационного пиелонефрита выявлялось достоверно чаще у детей с прогрессирующим течением ТИБП по сравнению с детьми с благоприятным течением ТИБП (45,8 против 27,5%, $p < 0,05$), что подтверждает его прогностическую значимость.

Таким образом, перинатальные факторы являются информативными прогностическими критериями у детей с тубуло-интерстициальной болезнью почек для оценки течения заболевания и риска формирования хронической болезни почек.

Литература

1. Вялкова А.А., Фролов Б.А., Савельева Е.В., Чеснокова С.А. Пренатальный стресс и его роль в патологии детского возраста (обзор литературы) // Нефрология. — 2020. — №24 (3). — С. 28–41.
2. Иванов Д.О. Руководство по перинатологии. — Т. 1. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Информ-Навигатор, 2019. — 936 с.
3. Иванов Д.О. Руководство по перинатологии. — Т. 2. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Информ-Навигатор, 2019. — 15932 с.

ОТЧЁТ

Дорогие коллеги, друзья!

Этот год стал переломным для всех. Пандемия ворвалась в нашу жизнь и повернула её вектор самым кардинальным образом во всех областях. **Но мы сказали** –

НЕТ СПЕЦИАЛЬНЫЙ
АНТИВИРУСНЫЙ ПРОЕКТ SP
**ИНФОРМАЦИОННОМУ
КАРАНТИНУ!**



...И оперативно, эффективно и с огромным энтузиазмом организовали несколько масштабных виртуальных площадок для врачей: акушеров-гинекологов, репродуктологов, педиатров, неонатологов, онкологов.

Главные акценты нашей онлайн-активности

- ШИРОКАЯ ГЕОГРАФИЯ ПО-НАСТОЯЩЕМУ ЗВЁЗДНЫХ СПИКЕРОВ
- ВЫБОР НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНЫХ ТЕМАТИК
- РЕАЛЬНЫЕ ДИСКУССИИ В ЭФИРЕ
- РЕАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СПИКЕРАМ
- ОТЛОЖЕННЫЙ ДОСТУП
- ХОРОШЕЕ КАЧЕСТВО ИНТЕРНЕТ-СИГНАЛА

Платформа онлайн-планетария adASTRA*



5 мес назад – старт проекта.
Первая инфосессия состоялась 26 марта 2020 года

14 инфосессий по направлениям «педиатрия»
и «неонатология»

3 канала трансляции:
• на YouTube – канал StatusPraesensTV;
• в сообществе читателей StatusPraesens (ВКонтакте);
• в сообществе читателей StatusPraesens в Facebook

3491 просмотр в среднем по каждой
инфосессии (за 2 нед с учётом
отложенных просмотров)

45 376 просмотра врачами (по состоянию
на 21 августа 2020 года)

Платформа CONNEXIO** – для многозальных конференций с онлайн-выставкой



25 213 просмотров онлайн-конференции
и выставки

2433 зарегистрированных
делегата

85 регионов России подключались
в режиме реального времени

98 докладов звучало в четырёх
виртуальных конференц-залах

83 спикера вели дискуссии
в прямом эфире из семи
городов России

Платформа онлайн-школ



5083 просмотра онлайн-школ
и выставки

1175 зарегистрированных
делегатов

79 регионов России подключались
в режиме реального времени

29 докладов звучало в трёх
виртуальных конференц-залах

26 спикеров вели дискуссии
в прямом эфире из четырёх
городов



* *Ad astra* (лат.) — к звёздам.

** *Connexio* (лат.) — взаимосвязь, связь, сплетение, соединение. Термин используется в курсах нормальной анатомии и топографической анатомии.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ И ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Вялкова А.А., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой
факультетской педиатрии;

Чеснокова С.А., ассистент кафедры факультетской
педиатрии;

Плотникова С.В., ассистент кафедры
факультетской педиатрии.

Оренбургский государственный медицинский
университет.

E-mail: k_pediatriy@orgma.ru;

тел.: +7 (922) 625 8875.

Актуальность пренатальной диагностики врождённых пороков развития органов мочевой системы (ВПР ОМС) связана с высокой распространённостью и преобладанием ВПР ОМС в структуре хронической болезни почек (ХБП) у детей^{1,2}.

The relevance of prenatal diagnosis of congenital malformations of the urinary system (CMD) is associated with the high prevalence and prevalence of CMD in the structure of chronic kidney disease (CKD) in children^{1,2}.

Ранняя диагностика ВПР ОМС у детей является актуальной проблемой педиатрии и нефрологии в связи с ростом их частоты и преобладанием в структуре ХБП у детей^{3, 4}. У 30–60% детей с ВПР ОМС формируется ТИБП, несмотря на коррекцию уротатий, что приводит к терминальной стадии ХБП в 25–60% случаев (А.В. Рябцева, 2008; В. Chertin, 2014).

Цель исследования — оценить значение пренатальной диагностики ВПР ОМС для профилактики ХБП у детей.

Проведён ретроспективный анализ 3200 историй болезни пациентов с хроническими заболеваниями почек (ХЗП) с оценкой комплексного клиничко-параклинического обследования и нефрологического статуса, что позволило по данным госпитализированной заболеваемости определить структуру ХЗП и ХБП. Статистическая обработка материала произведена с помощью прикладного комплекта программ Microsoft Office с использованием электронных таблиц Excel, программы Statistica 6.0.

В структуре ХЗП и ХБП у детей преобладает ТИБП, ассоциированная с ВПР ОМС и рефлюкс-уропатией (80 и 85,7% соответственно). ВПР ОМС выявлены пренатально у 53% детей при УЗИ-мониторинге беременных. В грудном и раннем возрасте ВПР ОМС диагностированы у 37% детей. У 10% пациентов ВПР ОМС выявлены случайно при обследовании детей по поводу рецидивирующих болей в животе и (или) изолированного мочевого синдрома. У 47% детей отмечена поздняя диагностика ВПР ОМС из-за отсутствия перинатального скрининга ВПР в прошлые годы.

Среди пациентов с ТИБП, ассоциированной с ВПР ОМС, выявлены односторонние (65,6%), реже (34,4%)

двусторонние пороки ОМС ($p < 0,05$), чаще гидронефроз почек с нарушением уродинамики (48,8%), ПМР (25,6%).

Сочетанные аномалии почек и мочевыводящих путей (САКУТ-синдром) диагностированы в 17,5% случаев среди всех ВПР ОМС. Обструктивные уротатии при ВПР ОМС с нарушением уродинамики в сочетании с рефлюкс-уропатией диагностированы у 44%.

У 7% детей с ХБП диагностированы сочетанные врождённые пороки развития: аномалии органов мочевой и сердечно-сосудистой системы (ВПС, МАС).

При анализе возрастной характеристики установлено, что у 5,5% детей с ВПР ОМС в грудном и раннем возрасте развилась ХБП.

При анализе факторов риска у детей сравниваемых групп установлена достоверно более высокая частота наследственной отягощённости по патологии почек и патологии перинатального периода (гипоксия плода, ЗВУР, недоношенность) в группе пациентов с ХБП по сравнению с детьми с ХЗП без признаков ХБП ($p < 0,05$).

Таким образом, своевременная пренатальная УЗИ-диагностика позволяет в антенатальном периоде выявить ВПР ОМС, рано диагностировать нефропатии у детей всех возрастных групп для проведения комплекса превентивных мероприятий, что способствует предупреждению формирования ХБП.

Литература

1. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста: Руководство для врачей. — СПб.: Левша. Санкт-Петербург, 2008. — 600 с.
2. Вялкова А.А. и др. Биомаркёры ренального поражения при патологии органов мочевой системы у детей // Нефрология. — 2012. — Вып. 3 (2). — №16. — С. 68–75.
3. Beetz R. Evaluation and management of urinary tract infections in the neonate // Curr Opin Pediatr. — 2012. — Vol. 24. — P. 205–11.
4. Vivante A., Kohl S., Hwang D.Y. et al. Single-gene causes of congenital anomalies of the kidney and urinary tract (CAKUT) in humans // Pediatr Nephrol. — 2014. — Vol. 29. — №4. — P. 695–704.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА С ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫМ СТЕАТОЗОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

**Еримова Н.Ж.,
Ширтаев Б.К.,
Чорманов А.Т.,
Енин Е.А.**

Национальный научный центр хирургии
им. А.Н. Сызганова.

E-mail: nazier1611@gmail.com;

тел.: +7 (701) 952 5050.

Введение. Стеатоз после трансплантации печени развивается у 30% взрослых [1]. По литературным данным,

неалкогольная жировая болезнь печени при обследовании потенциальных доноров обнаруживается у 33% [2] обследованных, а в ходе ультразвукового исследования печени признаки заболевания выявляются у 12–16% [3] пациентов. Стеатоз у детей и подростков обычно развивается в ранние сроки после трансплантации, но встречается реже, чем у взрослых. На сегодняшний день посттрансплантационный стеатоз минимально изучен у детей-реципиентов. Учитывая индивидуальную клиническую картину у каждого конкретного пациента, описание отдельных клинических случаев заболевания представляется полезным.

Материалы и методы. Пациентка К., 7 лет. Диагноз «Состояние после ортотопической трансплантации левого латерального сектора печени от живого родственного донора от 23.05.2016 г. по поводу цирроза печени аутоиммунной этиологии. Длительная медикаментозная иммуносупрессия. Соматогенный нанизм. Вальгусная деформация нижних конечностей».

Обсуждение. Ребёнку 23.05.2016 г. была выполнена операция по имплантации левого латерального сектора печени от живого родственного донора — от отца. После операции состояние ребёнка осложнилось токсической энтеропатией, в связи с чем селлсепт был заменён на майфортик. Получала ванкомицин и метронидазол для санации *Clostridium difficile*. Однако, несмотря на проводимую консервативную терапию, признаки энтеропатии сохранялись. Была взята биопсия из трансплантата печени и из двенадцатиперстной кишки, где был подтверждён неалкогольный крупнокапельный стеатоз III степени 70%, по NAS — 4 балла, стадия фиброза — II. При обследовании потенциального донора данных за жировую дистрофию не было обнаружено. В биохимическом анализе крови АлаТ — 193 ед/л, АсаТ — 167 ед/л, общий билирубин — 11 мкмоль/л, прямой билирубин — 1,2 мкмоль/л, ГГТП — 436 ед/л, щелочная фосфатаза — 355 ЕД/л. Маркеры аутоиммунных гепатитов отрицательные. Липидограмма без изменений. Исследование кала подтверждает дисбиоз кишечника.

С 10.04.2017 г. по 13.04.2017 г. ребёнок амбулаторно обследован в ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов», где диагнозы тирозинемии и целиакии, другие специфические заболевания желудочно-кишечного тракта были исключены.

Применялась диетотерапия, урсодезоксихолевая кислота из расчёта 15 мг/кг и эссенциальные фосфолипиды, на фоне чего отмечается снижение печёночных проб. В анализах от 30.05.2018 г. АлаТ — 91 ед/л, АсаТ — 63 ед/л, общий билирубин — 4,7 мкмоль/л, ГГТП — 19 ед/л, щелочная фосфатаза — 378 ед/л, концентрация тауролимуса — 4,4 нг/мл.

Вывод. Таким образом, данный клинический случай показывает значимость и роль изучения развития посттрансплантационного стеатоза у детей. В данном случае также нельзя исключить хроническое отторжение трансплантата и рецидив аутоиммунного гепатита (*de novo*). Учитывая вышеизложенные данные, проспективные исследования необходимы для оценки отдалённых рисков у конкретного контингента больных.

Литература

1. *Liver Transpl.* — 2017 Jul. — Vol. 23. — №7. — P. 957–967.
2. *Browning J., Szczepaniak L., Dobbins R. et al. Prevalence of hepatic steatosis in an urban population in the United States: impact of ethnicity // Hepatology.* — 2004. — Vol. 40. — P. 1387–95.

3. *Bellentani S., Saccoccio G., Masutti F. et al. Prevalence of and risk factors for hepatic steatosis in northern Italy // Ann Intern Med.* — 2000. — Vol. 132. — P. 112–7.

СИНДРОМ ХЕРЛИНА– ВЕРНЕРА–ВУНДЕРЛИХА. СЛОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Идрисов А.Д., врач акушер-гинеколог.

Башкирский государственный медицинский университет.

E-mail: Idrisov.a.d@yandex.ru;

тел.: +7 (917) 809 0626

Авторами проведён ретроспективный анализ 28 историй болезни девочек с синдромом Херлина–Вернера–Вундерлиха. В результате исследования была выявлена значительная вариабельность расположения удвоенной матки и влагалища, разнообразие клинических проявлений и большое количество ошибок, допущенных как при диагностике, так и при лечении больных.

The authors conducted a retrospective analysis of 28 medical histories of girls with Herlin–Werner–Wunderlich Syndrome. As a result of the study, a significant variability of the location of the double uterus and vagina, a variety of clinical manifestations and a large number of errors in the diagnosis and treatment of patients was revealed.

Актуальность. Распространённость синдрома Херлина–Вернера–Вундерлиха невелика и составляет 0,1–3,8% среди женщин. Так как порок представляет собой сочетание полного удвоения матки и влагалища с аплазией части одного из влагалищ и ипсилатеральной агенезии почки, то основным симптомом его является нарушение оттока менструальной крови. В связи с этим обстоятельством основная масса больных обращается за помощью в подростковом возрасте. Однако трудности в проведении и адекватной оценке данных осмотра и ультразвукового исследования очень часто приводят к диагностическим ошибкам, длительной неадекватной терапии и потере репродуктивной функции.

Цель исследования — изучить частоту синдрома Херлина–Вернера–Вундерлиха у девочек Республики Башкортостан, его клинические проявления, причины диагностических ошибок и результаты лечения.

Материалы и методы. Нами был проведён ретроспективный анализ 28 историй болезни девочек с установленным синдромом Херлина–Вернера–Вундерлиха, пролеченных в период с 1994 по 2020 год на детских гинекологических койках клинических больниц г. Уфы и амбулаторные карты женских консультаций, где наблюдались восемь пациенток спустя несколько лет после оперативного лечения.

Результаты. Доля больных с синдромом Херлина–Вернера–Вундерлиха среди девочек с гинекологической патологией, пролеченных в стационаре, составила 0,19%, а среди девочек с пороками развития матки и влагалища —

15,9%. Возраст пациенток колебался от 0 до 16 лет. Также нами была выявлена пациентка в возрасте 62 лет, которой правильный диагноз не был поставлен, несмотря на многочисленные обследования. Ещё в одном случае синдромом Херлина–Вернера–Вундерлиха был диагностирован во время лапаротомии, выполненной новорожденной с клиникой непроходимости кишечника. От начала клинических проявлений до выявления истинной причины заболевания больные проживали достаточно длительный мучительный промежуток времени от 3 мес до 4 лет.

Наиболее частым осложнением было развитие гематосальпинксов и спаечного процесса в полости малого таза. Нередко выявлялся эндометриоз брюшины.

Из-за длительной неадекватной терапии у трёх пациенток развились гнойно-воспалительные осложнения, которые не удалось купировать, несмотря на несколько курсов противовоспалительной терапии в стационаре, и двум девочкам была выполнена аднексэктомия с ампутацией маток со стороны поражения. У третьей больной эндометрит, цервицит, вагинит частично аплазированной влагалища удалось вылечить консервативно. Как правило, удвоение матки и влагалища не диагностировалось при ректоабдоминальном исследовании. В большинстве случаев не выявлялось удвоение матки и влагалища и при ультразвуковом исследовании при первичном обращении ребёнка. Это объяснялось нарушением методики исследования органов малого таза, поверхностным его проведением, нежеланием или неумением использовать внутривагинальные датчики.

Выводы. Поскольку одним из проявлений синдрома Херлина–Вернера–Вундерлиха является аплазия почки, то при внимательном исследовании состояния матки и влагалища выявление аномалий их развития возможно уже в препубертатном периоде, когда под влиянием эстрогенов в замкнутом влагалище накапливаются выделения. Чёткое соблюдение маршрутизации, а именно своевременное направление девочек с дисменореей в стационары третьего уровня, где развернуты гинекологические койки для детей и подростков, своевременная диагностика и адекватное лечение синдрома Херлина–Вернера–Вундерлиха позволят избежать развития осложнений и сохранить репродуктивную функцию пациентки.

Литература

1. Гинекология: Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. — 2019. — С. 565–582.
2. Гинекология. Руководство к практическим занятиям: Учеб. пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 552 с.
3. Гинекология: Учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 1000 с.
4. Вольф Л.С., Миттаг Ю.Э. Атлас детской и подростковой гинекологии. — 2004.
5. Адамьян Л.В., Богданова Е.А. Оперативная гинекология детей и подростков. — М.: ЭликсКом, 2004. — 206 с.

МЕЛАТОНИН И ИНГИБИН В В НАРУШЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОЛИГОМНОРЕЕЙ

Латынин А.Н., зам. гл. врача по акушерству
и гинекологии.

Городская больница №20

(г. Ростов-на-Дону).

E-mail: latininandrei@yandex.ru;

тел.: +7 (918) 553 6642.

В результате проведённого исследования выявлено повышение экскреции мелатонинсульфата и снижение концентрации ингибина В выворотке крови у подростков с олигоменореей по сравнению со здоровыми сверстниками, что наряду с установленными корреляциями между исследуемыми в работе факторами свидетельствует об их роли в формировании патологии системы «гипоталамус—гипофиз—гонады».

The study revealed an increase in the excretion of melatonin sulfate and a decrease in the concentration of inhibin B in blood serum in adolescents with oligomenorrhea compared to healthy peers, which, along with established correlations between the factors studied in the work, indicate their role in the formation of pathology of the hypothalamic–pituitary–gonadal axis.

Различные виды нарушений менструального цикла (НМЦ), являясь дебютом развивающейся патологии органов репродуктивной системы, занимают ведущее место среди гинекологических заболеваний у девочек-подростков. Олигоменорея — доминирующий тип НМЦ у современных подростков [1]. Одной из возможных причин формирования НМЦ является нарушение эпифизарной регуляции овариально-менструального цикла. Установлено, что мелатонин является антагонистом гонадотропных гормонов и его гиперсекреция индуцирует гипозестрогению [2]. Ингибин В селективно угнетает секрецию фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и уменьшает количество рецепторов гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) в гипофизе и отражает овариальный резерв яичников, начиная с препубертата и до постменопаузы. Ингибин В и мелатонин являются неотъемлемыми участниками центрального и периферического звеньев регуляции фолликулогенеза. Повышение уровня мелатонина и снижение ингибина В потенцируют блокирование центрального и периферического звеньев регуляции овариально-менструального цикла и могут выступать в роли маркёров первичной и вторичной олигоменореи и вторичной аменореи.

Цель исследования — изучение роли мелатонина в нарушении центральной регуляции менструального цикла у девочек-подростков с первичной олигоменореей.

Нами обследованы 78 подростков, страдающих первичной олигоменореей, и 20 здоровых девочек-подростков. Критерии включения: возраст 14–15 лет, число лет от менархе — не менее двух, отсутствие тяжёлой соматической, онкологической патологии и заболеваний, нарушающих фолликулогенез (врождённая дисфункция коры надпочечников, сахарный диабет 1-го типа, приём цитостатиков и химиотерапевтических препаратов).

Методом иммуноферментного анализа произведено исследование концентрации ингибина В, ФСГ, лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола, прогестерона, тестостерона, кортизола, 17-гидроксипрогестерона, дигидроэпиандростерона сульфата, свободной формы тироксина, а также пролактина, глобулина, связывающего половые гормоны в сыворотке крови, и мелатонина сульфата (6-сульфатоксимелатонина [6-SMT]) в моче. Статистическая обработка полученных результатов проводилась в среде пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Уровень экскреции мелатонина сульфата у пациенток 1-й группы был выше средних контрольных значений в 1,97 раза ($p < 0,05$), тогда как средние значения ингибина В были ниже, чем в контроле, в 1,67 раза ($p < 0,05$). Показатели гонадотропинов, эстрадиола в сыворотке крови пациенток 1-й группы были снижены относительно контроля, но при этом не выходили за границы нормы. Показатели андрогенов в 1-й группе были повышены относительно как контроля, так и нормативов.

Подавляющее действие высокой экспрессии мелатонина на циклическую выработку гонадотропинов подтверждается тесной обратной корреляционной связью между сульфатом мелатонина и показателями ФСГ и ЛГ в 1-й группе ($\rho = -0,65$ при $p = 0,003717$). Наличие тесной корреляционной связи между мелатонином, кортизолом ($\rho = 0,6$ при $p = 0,000310$) и тестостероном ($\rho = 0,99$ при $p = 0,000310$) косвенно подтверждает участие мелатонина в активации гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси и в генезе гиперандрогенной дисфункции яичников у пациенток с олигоменореей. Сниженные значения ингибина В указывают на патологию гормонзависимой фазы фолликулогенеза у пациенток с олигоменореей, а выявленные корреляции между сульфатом мелатонина и ингибином В ($\rho = 0,97$, при $p = 0,004818$) свидетельствуют о роли исследуемых факторов в формировании патологии системы «гипоталамус—гипофиз—гонады».

Литература

1. Халимова Д.Р. Клинико-соматические варианты олигоменореи у юных // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. — 2011. — №4. — С. 65–74.
2. Андреева В.О. Роль серотонина и мелатонина в патогенезе репродуктивных расстройств при нервной анорексии // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. — 2011. — №2. — С. 55–62.

РОЛЬ ЭКГ-ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Федько Н.А., докт. мед. наук, зав. кафедрой
поликлинической педиатрии;

Галимова О.И., канд. мед. наук, доц. кафедры
поликлинической педиатрии;
Джанибекова А.С., канд. мед. наук, ассистент
кафедры поликлинической педиатрии.
Ставропольский государственный медицинский
университет.
E-mail: Asya-8686@yandex.ru;
тел.: +7 (928) 230 2963.

Проведён анализ амбулаторных карт и историй болезни детей в возрасте 3–5 лет с целью выявления наиболее часто встречающихся изменений на ЭКГ при ВПС различной топике. Роль ЭКГ в настоящее время заключается в определении степени выраженности гипертрофии и дилатации различных отделов сердца; метаболического и ишемического поражения миокарда; нарушений ритма сердца и проводимости, часто определяющих основной прогноз заболевания.

The analysis of outpatient records and case histories of children aged 3–5 years was carried out in order to identify the most common ECG changes in CHD of various topics. The role of the ECG is currently in determining the severity of hypertrophy and dilatation of various parts of the heart; metabolic and ischemic myocardial damage; cardiac arrhythmias and conduction disorders, often determining the main prognosis of the disease.

Врождённые пороки сердца (ВПС) являются одной из наиболее опасных и распространённых групп заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей и встречаются с частотой 8–12 на 1 тыс. живорождённых детей. За последние 10 лет отмечается неуклонный рост ВПС, чему способствуют ухудшение экологической обстановки, «старение» беременных, рост наследственной, инфекционной патологии и другие факторы.

Летальность при ВПС чрезвычайно высока. Средняя продолжительность жизни — 2 мес.

Основная роль в постановке диагноза (на основании клинической картины и физикального обследования) принадлежит доплер-эхокардиографическому исследованию. Роль ЭКГ сохраняется в оценке динамики заболевания и только в ряде случаев позволяет предположить наличие конкретного ВПС.

Цель исследования — выявить наиболее часто встречающиеся изменения на ЭКГ при ВПС различной топике и уточнить роль ЭКГ-исследования у детей с ВПС.

Проанализированы 42 амбулаторные карты детей с ВПС, находящихся на диспансерном учёте у детского кардиолога в краевой детской поликлинике, истории болезни девяти детей, проходивших обследование в отделении кардиологии и ревматологии детской краевой клинической больницы. Возраст детей — 3–5 лет. Оценивались семейный, натальный анамнез детей, анамнез заболевания, клинические характеристики. Данные ЭКГ анализировались до оперативной коррекции порока. ЭКГ-исследование проводилось на аппарате Cardiolin ar 1200 view со скоростью 50 мм/сек.

При ДМПП у детей на ЭКГ выявлены признаки ГПЖ в 77,8% (7) случаев, признаки дилатации правого предсердия — в 44,4% (4), внутрипредсердная блокада — в 22,2% (2), АВ-блокада — в 11,1% (1), экстрасистолия — в 11,1% (1), блокада правой ножки пучка Гиса — в 88,9% (8). При ДМЖП признаки ишемических изменений в миокарде —

в 80% (4), блокада левой ножки предсердно-желудочкового пучка — в 33,3% (1), блокада правой ножки предсердно-желудочкового пучка — в 80% (4). При коарктации аорты выявлены признаки ГПЖ в 57,1% (4) случаев, признаки дилатации правого предсердия — в 14,3% (1), признаки ишемических изменений — в 71,4% (5), блокада правой ножки предсердно-желудочкового пучка — в 28,6% (2). ЭКГ-исследование у детей с ОАП в нашем случае не выявило изменений. При ТМС выявлены признаки ГПЖ в 100% (2), при тетраде Фалло признаки дилатации правого предсердия в 100% (4), признаки ишемических изменений — в 100% (4). Ишемические изменения миокарда выявлены — в 100% (2) случаев при аномалии Эбштейна. Изолированный стеноз лёгочной артерии на ЭКГ проявил себя гипертрофией правого желудочка и ишемическими изменениями в 25% (1) случаев.

Таким образом, изменения на ЭКГ в нашем исследовании не выявили чёткой электрокардиографической характеристики отдельных форм ВПС. Они зависели от времени диагностики порока, стадии заболевания, интеркуррентной соматической и инфекционной патологии.

ЭКГ в настоящее время не потеряло своего значения в обследовании детей с ВПС. Роль его в настоящее время заключается в определении степени выраженности:

гипертрофии и дилатации различных отделов сердца; метаболического и ишемического поражения миокарда;

нарушений ритма сердца и проводимости, часто определяющих основной прогноз заболевания.

Литература

1. Белозеров Ю.М. *Детская кардиология*. — М.: МЕДпресс-информ, 2014. — 221 с.
2. Мутафьян О.А. *Врождённые пороки сердца у детей*. — М.: BINON publishers, 2012. — С. 11–21.
3. Царегородцев А.Д. *Кардиология детского возраста: Учебник / Под ред. А.Д. Царегородцева, Ю.М. Белозёрова, Л.В. Брегель*. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 784 с.
4. Шляхто Е.В. *Кардиология: Национальное руководство / Под ред. Е.В. Шляхто*. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 800 с.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ВУЛЬВОВАГИНИТА У ДЕВОЧЕК

Чеботарева Ю.Ю., докт. мед. наук, доц.;

Костюева З.А., канд. мед. наук;

Сависьяко А.А., докт. мед. наук, проф.

Ростовский государственный медицинский университет
Минздрава России.

E-mail: chebotarevajulia@inbox.ru;

тел.: +7 (928) 100 6055.

С целью определения особенностей психоэмоционального статуса пациенток с рецидивирующим

вувльовагинитом было проведено исследование уровня тревожности у 132 девочек в возрасте 4–6 лет. В результате была выявлена связь между психоэмоциональным состоянием и вариантом течения вувльовагинита. Для получения максимального эффекта от лечения в дополнение к основным методам терапии необходима психоэмоциональная коррекция состояния ребёнка.

In order to determine the features of the psychoemotional status of patients with recurrent vulvovaginitis, a study was conducted on the level of anxiety in 132 girls aged 4–7 years. As a result, the relationship between the psychoemotional state and the variant of the course of vulvovaginitis was revealed. To get the maximum effect from treatment, in addition to the main methods of therapy, psychoemotional correction of the child's condition is necessary.

В настоящее время особое внимание уделяется состоянию здоровья девочек дошкольного возраста с рецидивирующим течением вувльовагинита (ВВ) [1]. При данном заболевании отмечается высокая частота экстрагенитальных заболеваний. При рецидивирующем течении ВВ отмечают необоснованное использование антибиотиков, антисептиков, неправильное использование средств гигиены, что приводит к дисбиотическому состоянию влагалищного биотопа и нарушению иммунного статуса [2]. Длительное регулярное воздействие неблагоприятных факторов (болевые ощущения, физический и эмоциональный дискомфорт, регулярное посещение лечебных учреждений) могут привести к психоэмоциональным нарушениям [3]. Не следует забывать и о гипотезе «нейробиологической памяти гимена» при травмирующих манипуляциях в детском возрасте и негативном отношении детей и родителей к интравагинальным процедурам. Всё вышеперечисленное свидетельствует об актуальности изучения психологических особенностей при рецидивирующем течении ВВ у дошкольниц.

Цель исследования — изучение психоэмоционального статуса девочек с рецидивирующим вувльовагинитом на основе балльной оценки по шкале тревоги.

Материалы и методы. После получения информированного согласия родителей пациенток проведено проспективное исследование 132 девочек в возрасте от 4 до 6 лет, из них 1-я группа (n=40) с рецидивирующим течением ВВ на фоне частых простудных заболеваний, 2-я группа (n=30) — рецидивирующее течение ВВ на фоне инфекций мочевых путей, 3-я группа (n=32) — изолированный ВВ, 4-я группа (n=30) — контроль девочек 1-й, 2-й групп здоровья. Психоэмоциональные нарушения определяли по модифицированной шкале Цунга (Х.У. Хашагульгова, 2010). Адаптационные реакции (АР) по методу Л.Х. Гаркави.

Результаты. Выявлено, что у пациенток 1-й группы с частыми простудными заболеваниями уровень тревожности был значимо выше, чем у пациенток с изолированным вувльовагинитом 3-й группы и дошкольниц контрольной 4-й группы (49,8±2,0 балла против 15,3±2,1 и 12,6±4,0 соответственно, p<0,05). Индекс тревоги у этих пациенток также был достоверно выше (0,66±0,2 балла против 0,3±0,01 и 0,4±0,02 соответственно, p<0,05). Установлено, что у пациенток 2-й группы с ИМП уровень тревожности также был значимо выше, чем у пациенток

РОЛЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА В РАЗВИТИИ ИЗОСЕКСУАЛЬНОЙ ФОРМЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК

Чеботарева Ю.Ю.,

докт. мед. наук, доц.;

Родина М.А.;

Приходько Е.Д.

Ростовский государственный

медицинский университет

Минздрава России.

E-mail: chebotarevajulia@inbox.ru;

тел.: +7 (928) 100 6055.

с изолированным вульвовагинитом и дошкольниц контрольной группы (46,9±2,1 балла против 17,2±2,1 и 13,1±1,0 соответственно, $p < 0,05$). Индекс тревоги у этих пациенток также был достоверно выше (0,62±0,01 баллов против 0,3±0,01, 0,2±0,01 соответственно, $p < 0,05$). Установлено, что у пациенток 1-й и 2-й групп имела место реакция стресса (28,6 и 35,6% соответственно, $p_{1-2} > 0,1$) и переактивация (19,0 и 13,3% соответственно, $p_{1-2} < 0,05$). В данных группах, в отличие от пациенток с изолированной формой ВВ и девочек контрольной группы, значимо чаще выявляли напряжённые реакции повышенной и спокойной активации тренировки на низких уровнях реактивности ($p < 0,05$). У пациенток с изолированным ВВ 3-й группы и дошкольниц контрольной выявлены адаптационные реакции на высоком уровне реактивности: реакция повышенной активации (41,2 и 20% соответственно, $p > 0,1$); реакция спокойной активации (34,7 и 36,1% соответственно, $p > 0,1$) и тренировки (33,4 и 33,3% соответственно, $p > 0,1$).

Выводы. При рецидивирующем течении вульвовагинита у девочек наблюдаются психические переживания и нервное перенапряжение, при этом патология развивается на фоне длительных и частых отрицательных эмоций. Психический стресс может даже спровоцировать снижение адаптации и формирование стрессорных реакций, что в свою очередь может привести к обострению заболевания. Проблема лечения воспалительных гинекологических заболеваний у девочек-дошкольниц связана с определёнными трудностями. Стандартные методы лечения всё чаще не дают ожидаемого результата. Вследствие чего представляется особенно важным уделять внимание не только лечебной, но и психологической помощи ребёнку и родителям, а в некоторых случаях привлекать к оказанию квалифицированной помощи психологов в целях получения наиболее эффективного результата, качественного выздоровления.

Литература

1. Кохреидзе Н.А., Кутушева Г.Ф. Проблемные аспекты диагностики и терапии вульвовагинита у девочек // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. — 2013. — №2 (49). — С. 30–36.
2. Чеботарева Ю.Ю., Костоева З.А., Григорян А.А. Анатомо-функциональные особенности репродуктивной системы при вульвовагинитах у часто болеющих детей // *Кубанский научный медицинский вестник*. — 2013. — №1 (136). — С. 178–181.
3. Чеботарева Ю.Ю., Летифов Г.М., Карапетян-Мищенко А.Г., Костоева З.А. Особенности гормонального статуса и адаптационных реакций при вульвовагинитах у девочек-дошкольниц с различными заболеваниями органов мочевой системы // *Вестник Дагестанской государственной медицинской академии*. — 2016. — №1 (18). — С. 56–61.

С целью уточнения роли нарушений адаптации и стресса в патогенезе изосексуальной формы преждевременного полового развития обследовано 118 девочек в возрасте от 1 до 6 лет, из них 58 пациенток с признаками изосексуальной формы преждевременного полового развития (1-я группа) и 60 девочек 1–2-й группы здоровья (контрольная, 2-я группа). В 1-й группе у 90% детей наблюдалось наличие адаптационных расстройств, лежащих в основе развития ранних репродуктивных нарушений.

In order to clarify the role of adaptation disorders and stress in the pathogenesis of isosexual form of premature sexual development, 118 girls aged 1 to 6 years were examined, including 58 patients with signs of isosexual form of premature sexual development (group 1) and 60 girls of 1–2 health groups (control, group 2). In group 1, 90% of children had adaptive disorders underlying the development of early reproductive disorders.

Преждевременное половое созревание центрального генеза — орфанное заболевание, которое встречается с частотой один случай на 5–10 тыс. детей, сопровождается появлением вторичных половых признаков у девочек до 7 лет и может привести к нарушению репродуктивной функции в будущем [1]. Запуск полового развития — это мультифакторный процесс, основными участниками которого являются генетические факторы, факторы внешней среды, включая стресс и характер питания, действие периферических гормонов жировой ткани, нейромедиаторов, таких как кинеспинин [2; 3; 4]. В современной биологии понятие «стресс» означает перегрузку адаптивных способностей организма. В качестве универсального ответа на длительные неблагоприятные условия происходит повышение уровня кортизола плазмы, что может вызывать перемены в питании. Так, при затяжном неблагополучии известно пристрастие к богатой углеводами пище, что, возможно, происходит вследствие хронической кортизоловой стимуляции гипоталамуса. Следствием этого является активная секреция лептина, периферического гормона жировой ткани, значимость которого в старте пубертата

не вызывает сомнений, в результате опосредованно, через ксипептин, происходит активация гонадотропин-релизинг-гормона [3].

Цель исследования — уточнение роли нарушений адаптации и стресса в патогенезе изосексуальной формы преждевременного полового созревания у девочек.

Материалы и методы. Проведено обследование 118 девочек в возрасте от 1 до 6 лет, из них 58 пациенток с признаками изосексуальной формы ППП (1-я группа) и 60 практически здоровых девочек аналогичного возраста (контрольная, 2-я группа). Критериями включения в исследование явилось наличие вторичных половых признаков (телархе, адренархе) до стадии 2–3 по J. Tanner (1962), а также возраст девочек до 7 лет. Критериями исключения — пороки развития, опухоли молочной железы, яичников, надпочечников. Проведено общее клинико-лабораторное обследование, включая исследование гормонального статуса, кариотипирование, гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование. Адаптационные реакции оценивали по лейкоцитарной формуле крови по методу Л.Х. Гаркави и соавт. (1998).

Результаты. В 1-й группе у 72,4% пациенток отмечалось изолированное телархе, у 13,7% — изолированное пубархе, у 13,7% — полная форма преждевременного полового развития. В 40% случаев у пациенток основной группы зафиксирован избыточный вес. Изменения гормонального фона наблюдались у 50% исследуемых. Из них в 51% имело место увеличение уровней пролактина и кортизола в субклинических значениях. У 10,3% пациенток отмечались признаки изолированного пубархе, что свидетельствовало о наличии ранних признаков гиперандрогенного синдрома. У 27% пациенток с полной формой преждевременного полового развития показатели гормонального фона соответствовали уровням, характерным для пубертатного периода. У данных пациенток наблюдались характерные эхографические изменения матки и придатков (в 34% — изменения фолликулярного аппарата, в 10% — увеличение толщины эндометрия, в 7% — увеличение размеров матки). Достоверные изменения костного возраста встречались в 20% случаев.

При оценке адаптационных реакций у 90% пациенток 1-й группы наблюдалось наличие адаптационных нарушений, при этом в 44% случаев отмечалась реакция стресса, в 26% — напряжённая реакция повышенной активации, в 30% — переактивация. В контрольной группе в 67% наблюдалась реакция тренировки, в 33% — реакция повышенной активации на высоких уровнях реактивности.

Выводы. Полученные данные позволяют предположить, что инициация преждевременного полового развития у девочек дошкольного возраста связана с нарушением адаптационных реакций, включая стрессорные механизмы.

Литература

1. Фархутдинова Л.М. Преждевременное половое созревание центрального происхождения // Архив внутренней медицины. — 2017. — №4. — С. 245–251.
2. Bessa D.S., Maschietto M., Aylwin C.F. et al. Methylome profiling of healthy and central precocious puberty girls // *Clinical Epigenetics*. — 2018. — Vol. 10. — P. 146.
3. Чернуха Г.Е., Табеева Г.И., Гусев Д.В., Шмаков Р.Г. Ксипептин и репродуктивная система // *Гинекология. Эндокринология*. — 2017. — №3 (132). — С. 73–78.

4. Cantas-Orsdermir S., Eugster E.A. Update in central precocious puberty: from etiologies to outcomes // *Expert Rev. Endocrinol. Metab.* — 2019. — P. 1–8.

Организация здравоохранения

РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР КЕСАРЕВЫХ СЕЧЕНИЙ «КЕСРЕГИСТР»

Зильбер Н.А., канд. мед. наук, начальник отдела
организации помощи матерям и детям¹;

Анкудинов Н.О., врач акушер-гинеколог, зав.
приёмным отделением областного перинатального
центра²;

Ситников А.Ф., врач анестезиолог-реаниматолог,
зам. гл. врача по медицинской части³.

¹Министерство здравоохранения Свердловской области;

²ГАУЗ СО «ОДКБ» г. Екатеринбург;

³ООО «ПЭТ-Технолоджи» ОП «Центр ядерной
медицины г. Екатеринбург».

E-mail: n.zilber@egov66.ru;

тел.: +7 (922) 227 3664.

Роль информационных технологий в родовспоможении:

- **Сплошной мониторинг всех операций кесарева сечения в разрезе как медицинских организаций, так и всего региона.**
- **«Оцифровка» всей медицинской документации по оперативному родоразрешению — от предоперационного эпикриза до оценки рисков ВТЭО после кесарева сечения.**
- **Автоматизация классификации Робсона.**
Information technology in obstetrics:
- *Continuous monitoring of all cesarean section operations in the context of medical organizations and the entire region.*
- *Digitization of all medical documentation on operative delivery from preoperative epirisis to risk assessment of VTEO after cesarean section.*
- *Automation of the classification of Robson.*

Кесарево сечение является одним из наиболее распространённых хирургических вмешательств в мире, при этом частота его выполнения продолжает возрастать, особенно в странах с высоким и средним уровнем дохода. Хотя кесарево сечение может спасти жизни людей, оно нередко выполняется при отсутствии медицинских показаний, что подвергает женщин и их детей риску развития проблем со здоровьем в кратко- или долгосрочной перспективе. Выполнение кесарева сечения может быть необходимо в тех случаях, когда естественные роды могут представлять опасность для матери или ребёнка. В то же время кесарево сечение может приводить к серьёзным осложнениям, инвалидности или летальному исходу, особенно в условиях отсутствия возможностей для безопасного выполнения хирургических вмешательств или лечения возможных осложнений.

С целью повышения качества медицинской помощи беременным и совершенствования систем поддержки принятия врачебных решений в части оперативного акушерства, автоматизации аналитики деятельности учреждений родовспоможения, в том числе классификации Робсона, было принято решение о разработке и внедрении на территории Свердловской области регионального регистра кесаревых сечений «КесРегистр» как структурно-функционального модуля автоматизированной информационной системы «Региональный акушерский мониторинг» (далее — АИСТ «РАМ»).

Регистр автоматически «собирает» информацию обо всех операциях кесарева сечения и манипуляциях, проведённых интраоперационно, в цифровом виде во всём регионе.

Благодаря работе в регионе АИСТ «РАМ» удалось собрать информацию о случаях родоразрешения путём операции кесарева сечения из электронных медицинских карт за период, предшествующий внедрению регистра, и тем самым получить возможность к автоматизированной аналитике и реализации СППВР в части оперативного акушерства.

Создан многофункциональный фильтр отбора тех или иных случаев в режиме онлайн с учётом уровня МО, объёма кровопотери, сроков родоразрешения и интраоперационных манипуляций.

Классификация операций кесарева сечения Робсона формируется теперь автоматически, тем самым минимизируется влияние человеческого фактора и возможность искажения реальных результатов.

*Классификация операций кесарева сечения рекомендована к использованию ВОЗ и письмом Министерства здравоохранения РФ от 19 февраля 2019 г. №15–4/И/2–1286. Данный отчёт возможно получить за любой период по любой медицинской организации или региону в целом. Отчёт возможно получать как в табличном виде, так и в графическом.

На основании «КесРегистра» создана и настроена система мобильных уведомлений для онлайн-контроля качества медицинской помощи и быстрого принятия организационных и административных решений.

Руководители МО могут получать следующую информацию в рамках своих МО на телефон в режиме онлайн:

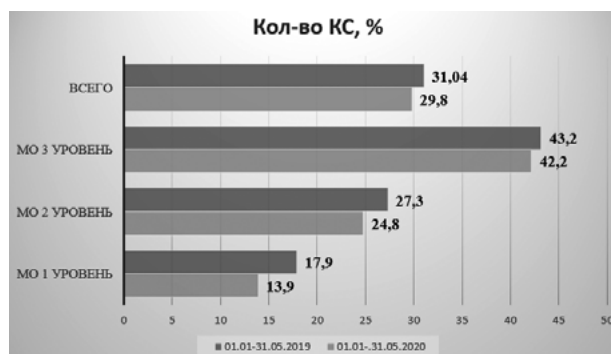
- обо всех операциях кесарева сечения с учётом объёма кровопотери, интраоперационных манипуляций и состояния новорождённого;

Организаторы здравоохранения могут получать следующую информацию на телефон в режиме онлайн:

- обо всех операциях кесарева сечения в МО I уровня;
- обо всех патологических кровопотерях при операции кесарева сечения.

Результаты:

- Количество операций кесарева сечения:

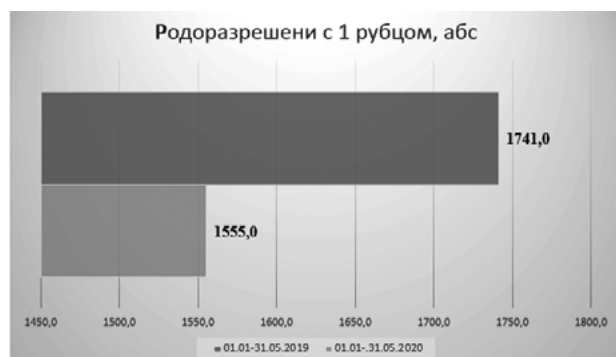
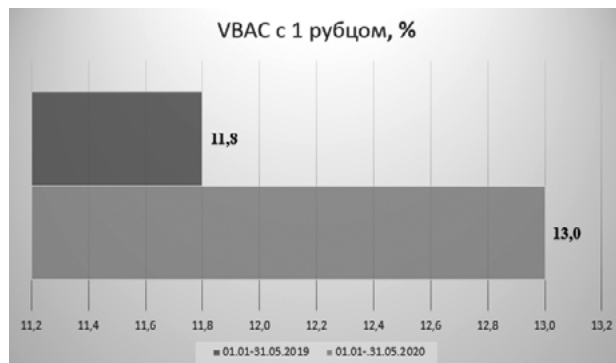


Снижение объёма родоразрешений путём операции кесарева сечения как в абсолютных значениях, так и в % от общего количества родов.

Особое внимание обращает на себя значительное снижение кесаревых сечений в МО I и II уровня, что говорит об изменении подходов к формированию показаний к операции на основании методической работы с регионом по автоматизированной классификации

Робсона, а также о корректной и своевременной маршрутизации пациентов ввиду информационной осведомленности о предыдущих исходах беременности.

• Родоразрешения с рубцом на матке через естественные родовые пути:



При общем снижении количества родоразрешений пациентов с одним рубцом на матке увеличивается доля VBAC с 11,8 до 13,0%.

Данные показатели говорят о том, что врачи получили возможность видеть протоколы предыдущих операций, видеть и знать, как проходила операция (какой разрез на матке, как происходило ушивание и т.п.), и тем самым планировать и родоразрешать пациенток с одним рубцом на матке после предыдущего кесарева сечения через естественные родовые пути с минимальными рисками и безопасно для пациента. То есть решение о самостоятельных родах у этой категории пациенток принимается не вслепую, а на основе данных о предыдущем исходе беременности.

Заключение. Внедрение «КесРегистра» на территории Свердловской области обеспечило получение информации стандартизированным, унифицированным и воспроизводимым образом, что имеет важнейшее значение для учреждений здравоохранения, желающих оптимизировать применение кесарева сечения, а также оценить и повысить качество оказываемой помощи.

«КесРегистр» может помочь сократить процент повторных кесаревых сечений, предоставляя информацию о предыдущих родах в онлайн-режиме и давая возможность врачу быстро принять правильное и безопасное решение по тактике ведения беременности и родов.

Литература

1. О направлении методического письма о внедрении классификации операции кесарева сечения М. Робсона: Письмо

Министерства здравоохранения РФ от 19 февраля 2019 г. №15-4/И/2-1286.

2. URL: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/ru>.

РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ В ГИНЕКОЛОГИИ

Кононова И.Н., докт. мед. наук, зам. директора¹;
Мартемьянова В.В., гл. врач².

¹Межрегиональный центр дополнительного профессионального образования;

²Качканарская центральная городская больница.

E-mail: irkonmed@mail.ru;

тел.: +7 (904) 382 4116.

По результатам анализа существующей системы организации скрининга и диспансеризации населения в Качканаре разработана модель реструктуризации амбулаторно-поликлинической службы, что позволило повысить эффективность профилактики цервикальной онкопатологии в 4 раза.

Based on the results of the analysis of the existing system for organizing screening and clinical examination of the population in Kachkanar, a model for restructuring the outpatient service was developed, which made it possible to increase the effectiveness of prevention of cervical oncopathology by 4 times.

В Качканаре проживает 40 591 человек, численность женского населения составляет 21 875 человек, из них женщины фертильного возраста 6825. Рождаемость составляет 7,2 на 1000 населения, смертность 14,3 на 1000 населения, что значительно выше, чем в Свердловской обл., и свидетельствует о вымирании города. При этом заболеваемость раком шейки матки в Качканаре составляет 38,2 на 100 тыс. женского населения, что значительно превосходит данный показатель Свердловской обл., Екатеринбурга и в целом России (14,5, $p=0,003$; 20,5, $p=0,001$; 20,2, $p=0,001$) [1]. Анализ существующей системы организации скрининга и диспансеризации населения выявил ряд проблем, диктующих необходимость реструктуризации амбулаторно-поликлинической службы.

Цель исследования — на основании анализа системы организации амбулаторно-поликлинической службы разработать модель реструктуризации с изучением эффективности внедрения.

Материалы и методы. Проведены наблюдательное исследование и мониторинг работы медицинского персонала и потоков пациенток с таймированием времени передвижения и посещения, составление карты целевого



Интеллектуальная элита репродуктивной медицины

 mars-repro.ru
 info@mars-repro.ru

 spnavigator.ru



состояния, разработка модели реструктуризации, внедрение модели локальными распорядительными актами и приказами, анкетирование 256 пациентов до реструктуризации и после её внедрения, анкетирование 35 медицинских работников до реструктуризации и после её внедрения.

Результаты и обсуждение. Анализ диагностики и текущего состояния, мониторинга работы медицинского персонала и потоков пациентов выявил ряд проблем, диктующих необходимость реструктуризации амбулаторно-поликлинической службы: некомфортные условия пребывания посетителей в поликлинике, неудобное для пациентов и для медицинских работников функционирование регистратуры, требующая оптимизации система навигации, система маршрутизации и процесса посещения поликлиники при прохождении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров. Составлена карта целевого состояния. Для создания «открытой регистратуры» была частично пересмотрена концепция этажа, где размещалась регистратура. Был проведён монтаж входной группы с наружной стороны здания. Проведён ремонт этажа, в котором размещены регистратура и фойе. В результате проведённых ремонтных работ частично организована доступная среда для инвалидов, организованы открытая регистратура, call-центр, гардероб, зона ожидания, касса и кабинет по выписке листков нетрудоспособности и справок (перемещены с четвертого этажа для удобства пациентов и исключения пересечения потоков). В связи с организацией открытой регистратуры помещение под размещение картоохранилища было перенесено этажом выше. Организована стойка дежурного администратора регистратуры. С целью сокращения времени ожидания, распределения потоков пациенток была организована электронная очередь в регистратуре, с монтажом слабых сетей в помещениях, включённых в приоритетные направления. Штатное расписание приведено в соответствие с услугами и объёмами медицинской помощи. Внедрена информатизация здравоохранения. Внедрены образовательные программы для медицинских работников и для населения. В результате реструктуризации в 4 раза снизилось время ожидания очереди в регистратуру, электронный сервис позволил повысить комплаенс пациентов в 15 раз, по результатам анкетирования возрос индекс удовлетворённости медицинских работников и пациенток в 12 раз, повысилась выявляемость предраковых заболеваний в результате улучшения качества проведения профосмотров и повышения комплаенса пациенток. В совокупности реструктуризация амбулаторно-поликлинической службы, образовательная деятельность для медицинского сообщества и для населения позволила повысить эффективность работы в 4 раза, привлечь внимание к проблеме профилактики цервикальной онкопатологии со смещением парадигмы современного здоровьесберегающего здравоохранения с лечения на профилактику.

Литература

1. Аксель Е.М., Виноградова Н.Н. Статистика злокачественных новообразований женских репродуктивных органов // Онкогинекология. — 2018. — №3. — С. 64–69.
2. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cancer. Russian Federation: Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2016 [www.hpvcentre.net].

СЛУЖБА ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ГИНЕКОЛОГИИ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ: НОВЫЕ ЗАДАЧИ В ПРЕДВЕРИИ 20-ЛЕТИЯ

Матейкович Е.А., канд. мед. наук, доц. кафедры.
Тюменский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии.
E-mail: mat-maxim@yandex.ru;
тел.: +7 (908) 873 3552.

Проанализирована работа службы детской и подростковой гинекологии Тюменской области в 2019 году. Выявлены структура гинекологической заболеваемости, обеспеченность службы медицинскими кадрами, актуальные проблемы сохранения репродуктивного здоровья девочек.

The work of the service of pediatric and adolescent gynecology of the Tyumen region in 2019 is analyzed. The structure of gynecological morbidity, the provision of medical personnel, and urgent problems of preserving the reproductive health of girls were revealed.

Работа выполнена при поддержке РФФИ, проект №19–011–00316.

Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. №204 определены национальные цели развития страны до 2024 г., в том числе обеспечение устойчивого естественного роста численности населения Российской Федерации. Для решения этой цели разработаны национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография». Правительству Российской Федерации поручено к 2024 г. разработать и реализовать программы развития детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям. Планируется создать комфортную среду в детских поликлиниках, предполагается модернизировать 3800 объектов, где оказывается амбулаторная помощь детям.

Указом Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 г. №240 2018–2027 гг. в Российской Федерации объявлены Десятилетием детства. Приказом Минздрава России от 7 марта 2018 г. №92н утверждено Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям и Правила деятельности кабинета участкового врача-педиатра. На каждого участкового педиатра возложена обязанность проведения работы по охране и укреплению репродуктивного здоровья детей, направление при наличии медицинских показаний детей к врачам-специалистам, в том числе к акушеру-гинекологу. Такая же задача возложена приказом и на каждую детскую поликлинику, в структуре которой рекомендовано создать детский акушерско-гинекологический кабинет и утверждён стандарт его оснащения. Установлен штатный норматив детской поликлиники: на 10 тыс. детей должна быть одна должность врача акушера-гинеколога.

Цель работы — проанализировать работу службы детской и подростковой гинекологии в Тюменской

области, определить её готовность к выполнению ориентиров, установленных нормативными актами.

Организационно-методическая работа с детьми и подростками выстроена в Тюменской области с 1993 г. и осуществляется по двум направлениям: профилактические осмотры и амбулаторный приём. В настоящее время в области открыто девять специализированных кабинетов гинекологии детей и подростков, в том числе в детских поликлиниках — пять, в женских консультациях — два, в подростковых центрах — один, в центре планирования семьи — один. В 2019 г., как и в 2018 г., гинекологические койки, развёрнутые для детей и подростков, в том числе в детских больницах и в гинекологических стационарах для взрослых больных, отсутствовали. В среднем количество коек, занимаемых девочками, получающими стационарную акушерско-гинекологическую помощь, составило 10 (аналогичный показатель зафиксирован в 2018 г.).

Численность девочек по югу Тюменской области за отчётный год увеличилась в целом, а также в трёх из четырёх возрастных групп. Уменьшение произошло только в группе от 0 до 4 лет. Количество штатных и занятых единиц врачей акушеров-гинекологов, обеспечивающих профилактические осмотры девочек, увеличилось. При этом количество основных работников уменьшилось с 51 до 47 человек. Количество штатных и занятых единиц, а также количество врачей — основных работников в кабинетах гинекологии детей и подростков за отчётный год не изменилось: 8,75 ед., 7,25 ед. и 10 человек соответственно. Минимальная штатная численность врачей акушеров-гинекологов детского и подросткового возраста на юге области должна составлять 22 ед. Данные нормативы не только обеспечиваются, но и значительно перевыполняются. Вместе с тем вызывает озабоченность наблюдающаяся динамика снижения числа врачей акушеров-гинекологов, прошедших тематическое усовершенствование по гинекологии детского и подросткового возраста.

Охват девочек медицинскими осмотрами за отчётный год увеличился в абсолютном выражении во всех группах и в целом (на 2%). Значительно увеличилось количество выявленных больных (на 27%). В абсолютном выражении наибольшее увеличение произошло в группе 15–17 лет — на 162 случая больше. В возрастной группе 15–17 лет охват девочек профилактическими осмотрами составил 77%, что соответствует показателю, предусмотренному национальным проектом «Здравоохранение» не только на 2019 г., но и вплоть до 2023 г.

В структуре гинекологической заболеваемости, выявленной в 2019 г. при проведении профилактических осмотров девочек, преобладают патологические состояния молочных желёз — 64 случая (24,6%, в 2018 г. — 33 случая, или 15,1%), тазовые боли — 63 случая (24,2%, в 2018 г. — 39 случаев, или 17%), расстройства менструаций по типу аномальных маточных кровотечений, олигоменореи, аменореи II стадии и пр. — 30 случаев (11,5%, в 2018 г. — 13 случаев, или 5%).

Сохраняется тенденция к снижению абсолютных показателей беременностей у юных. Вместе с тем увеличилось число случаев проведения мини-абортов и прерываний беременности в поздние сроки (в 2 раза за отчётный период в группе с 15 до 17 лет). Кроме того, наблюдается резкий рост оперативных родов и преждевременных родов.

Заключение. В настоящее время актуальной задачей службы является переход на новые возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, утверждённые Приказом Минздрава России от 10 августа 2017 г. №514н (в редакции от 13 июня 2019 г.) «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»: 3, 6, 14, 15, 16, 17 лет.

Кроме того, помимо лечебной, методической и аналитической работы, планируется уделять значительное внимание просветительской работе, которая ведётся в области с 2018 г. Так, в октябре 2019 г. главный внештатный специалист Е.А. Матейкович приняла участие во втором региональном родительском форуме «Подростки, родители, Rock'n'roll», выступив экспертом площадки «От девочки к девушке: физиология, психология, возрастные особенности». В научно-популярном виде до сведения широкой родительской общественности была доведена важность и безопасность обращения к детскому, подростковому акушеру-гинекологу, порядок проведения профилактических осмотров, правила посещения амбулаторного приёма, причины обращения девочек и подростков по вопросам репродуктивного здоровья.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК

Саламатова Т.В., зав. профилактическим отделением, врач-педиатр¹;

Мещеряков В.В., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой детских болезней²;

Каспарова А.Э., докт. мед. наук, проф., проректор по последипломному образованию, зав. кафедрой акушерства и гинекологии³.

¹Сургутская городская клиническая поликлиника №2;

²Сургутский государственный университет;

³Ханты-Мансийская государственная медицинская академия.

E-mail: stv20002@yandex.ru;

тел.: +7 (922) 408 9739.

Подростковый возраст характеризуется перестройкой организма, требующей комплексного медико-социально-психологического подхода для повышения уровня здоровья и качества жизни.

The adolescence is characterized by the organism reorganization demanding comprehensive medical, social and psychological approach for increase in health level and life quality.

Работа по сохранению женского репродуктивного здоровья должна начинаться как можно раньше и входить в круг решаемых организаторами здравоохранения приоритетных задач.

Цель исследования — представить результаты работы «Молодёжной клиники 5Д» (МК) как медико-организационной формы деятельности в соответствии с принципами «Клиники, дружественной к молодёжи» (КДМ) ВОЗ профилактического отделения БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2» (СГКП-2).

Методы исследования. Социологический (анкетирование), статистический. На первом анализировалась отчётная документация СГКП-2 и одной из поликлиник Сургута со стандартной формой работы с подростками. На втором этапе проведено анкетирование: основная группа (202 девушки, получающие медико-социально-психологическую помощь в МК) включала две подгруппы (15 лет — начало наблюдения в МК [98 человек]; 17 лет — последний год наблюдения в МК [104 человека]) подгруппы А1 и А2 соответственно; группа сравнения (104 девушки, получающие медико-социально-психологическую помощь в функционирующем по стандартному регламенту) также включала две подгруппы (15 и 17 лет — подгруппы Б1 [50 человек] и Б2 [54 человека], соответственно). Анкета включала блок вопросов: социальный статус семьи, уровень знаний о репродуктивном здоровье, мотивация на его сохранение и качество жизни. Результатом деятельности МК в области охраны репродуктивного здоровья девушек явилось снижение у них частоты случаев беременности и аборт. При этом среднемноголетний показатель (2007–2019) подростковых беременностей в СГКП-2 составил 9,75%, аборт — 1,79%, в поликлинике со стандартными формами работы — 30, и 10,2% соответственно. При этом установлен высокий уровень сопряжённости числа случаев беременности и абортов на 1000 девушек 15–17 лет с динамикой основных объёмных показателей, характеризующих уровень охвата лечебно-диагностической и психологической помощью в МК прикрепленного женского подросткового населения ($\chi^2 = 193,4$ для случаев беременности, $\chi^2 = 153,6$ для случаев абортов; $p < 0,001$ в обоих случаях). У девушек 17 лет установлены различия знаний по репродуктивному здоровью в сторону статистически значимого ($p < 0,01$) более высокого их уровня в подгруппе А2, чем в подгруппе Б2, как в целом по анкете, так и по каждому блоку её вопросов ($p < 0,01$). Прирост уровня знаний за период наблюдения в КДМ по вопросам физиологии и анатомии женской репродуктивной сферы составил 47,0%, контрацепции — 52,0%, беременности и вреда абортов — 27,0%, ЗППП — 63,0%, ВИЧ-инфекции — 66,0%. Аналогичные показатели в группе сравнения составили 6,0; 10,0; 2,0 и 8,5% соответственно. Установлено, что организация работы в соответствии с принципами КДМ способствует повышению качества жизни девушек по всем параметрам, кроме физического функционирования, в то время как в группе сравнения подобная динамика не зарегистрирована. Таким образом, внедрение в деятельность профилактического отделения детской поликлиники принципов КДМ позволяет сократить частоту нежелательных для подросткового периода случаев беременности и абортов, повысить уровень информированности девушек по вопросам репродуктивного здоровья и качества их жизни.

Литература

1. Альбицкий В.Ю. Актуальные проблемы социальной педиатрии. Избранные очерки — М.: Союз педиатров России, 2012. — 344 с.
2. Баранов А.А. Медико-социальные проблемы воспитания подростков — М.: ПедиатрЪ, 2014. — 388 с.
3. Баранов А.А. и др. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании // Вестник РАМН. — 2011. — №5. — С. 6–11.
4. Баранов А.А. и др. Медицинское обеспечение детей подросткового возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2010. — №4. — С. 28–32.
5. Косунский А.А. и др. Клиники, дружественные к подросткам и молодёжи в Российской Федерации: инициатива, опыт, результат, сотрудничество, устремленность в будущее — М.: «Бэст принт», 2010. — 206 с.

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП КАК СОСТАВНОЙ ЭЛЕМЕНТ ДИСТАНЦИОННОГО ЦИКЛА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ В УЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Уракова Н.А., канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПП.

Ижевская государственная медицинская академия
Минздрава России.

E-mail: urakovanatal@mail.ru; тел.: +7 (912) 856 7717.

Успешное проведение повышения квалификации у специалистов с разными техническими навыками возможно за счёт подготовительного этапа, комплексного использования online-встреч и обучающей площадки, а также социальных сетей с целью коммуникации врачей и преподавателей.

Successful refresher training for specialists with different technical skills is possible due to the preparatory stage, the complex use of online-meetings and a training platform, as well as social networks for the purpose of communication between doctors and teachers.

Сертификационный цикл у врачей акушеров-гинекологов Удмуртии должен был пройти в обычном режиме в апреле 2020 г., однако пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 изменила все планы. Вначале руководство кафедры рассчитывало на смягчение режима, и дата начала цикла была перенесена на 10 дней. Этот период был использован нами для координации со слушателями и обучения каждого врача методом владения персональными компьютерами и смартфонами.

Цель — формирование положительного опыта дистанционного обучения у врачей разных возрастных групп и технической подготовки.

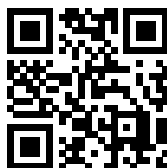
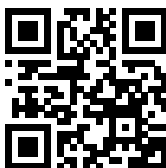
Материалы и методы исследования. Применение образовательных дистанционных технологий с использованием площадки Moodle, Zoom, социальных сетей Viber, WhatsApp.



новый формат чтения от StatusPraesens

Регулярные
обновления,
круглосуточно
и бесплатно

- Клинические рекомендации
- Справочная информация
- Избранные публикации
- Конференции и мероприятия

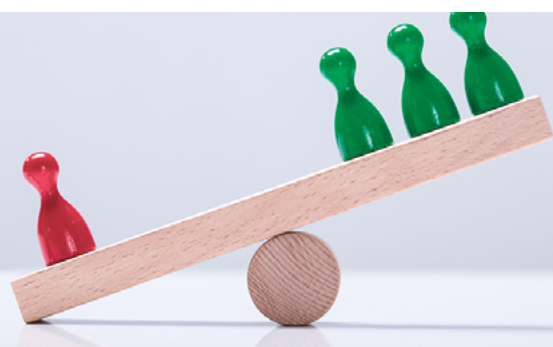


9:18 ↖

SP spnavigator



Статус Праесенс
журнал акушерства, гинекологии, бесплодия, ЭКО



Журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» #45: Реабилитация после неразвивающейся беременности: рациональный минимум вмешательства



Новости

Опубликована научная программа школы «Интенсив по эндокринной гинекологии: ступени мастерства»

Клинические
рекомендации

Журналы SP

Другое важное

SP

Что вы хотите найти в SPNavigator?

Результаты. На нашем цикле обучалась 31 женщина в возрасте от 29 до 81 года (средний возраст составил 48,46 года). Среди курсантов, впервые в жизни приобретших смартфон и компьютер, было два человека, имевших средства связи и компьютер, но никогда не использовавших их по назначению — восемь человек, опытных пользователей — девять человек. Для успешного обучения проведены три подготовительных этапа. Первый этап — индивидуальные консультации и создание группы слушателей в социальной сети Viber, что позволило в режиме реального времени общаться врачам и куратору цикла. Вторым этапом мы провели пробные подключения к платформе Zoom за 7 дней до начала цикла. На этих тестовых сеансах связи врачи были обучены этапу входа, овладели режимами просмотра и общения, а также включения и отключения собственного звука. С учётом продолжающейся врачебной деятельности и дежурств потребовалось три вечерних подключения по 40 мин для 100% освоения технических навыков, при этом нам удалось устранить у них чувство неуверенности и страха. Третьим этапом курсанты получили на электронную почту логины и пароли для входа на образовательную площадку Moodle — именно она используется в нашей образовательной организации как официальная. Подготовка учебно-методической программы образовательного процесса велась преподавателями в короткие сроки. Наш опыт показал, что эта электронная площадка имеет высокую трудоёмкость формирования информационных страниц. Оказалось также, что каждый слушатель имеет возможность скачать все образовательные материалы на свой компьютер в формате PDF и пользоваться ими по своему усмотрению бесконтрольно и без юридической ответственности. Дело в том, что указанная площадка не защищает права преподавателей на интеллектуальную собственность. Вторая особенность — это формирование базы тестовых заданий. К сожалению, в России нет унифицированной тестовой системы вопросов для циклов повышения квалификации врачей, каждый вуз использует свои вопросы, которые могут отличаться друг от друга, мешать стандартизации и унификации обучения слушателей в РФ. В этих условиях нами самостоятельно были созданы актуальные вопросы и практические задания. В итоге в день официального открытия цикла все 100% курсантов были в режиме online с включёнными камерами и отключённым собственным звуком, чтобы посторонние шумы не мешали присутствующим. После приветственного слова и знакомства с преподавателями мы начали образовательный процесс, состоящий из ежедневных встреч в эфире на площадке Zoom и поочередного открытия допуска к прохождению занятий на площадке Moodle. Такой подход был высоко оценён врачами, так как они имели возможность задавать вопросы и обсуждать насущные проблемы в очном дистанционном формате и в то же время углублять свои профессиональные знания в любое удобное время, изучая материал, отвечая на тесты и формируя ответы на практические задания.

Вывод. При низкой стартовой технической подготовленности врачей все специалисты не только успешно прошли обучение на цикле по специальности «акушерство и гинекология», но и приобрели технические навыки пользования смартфонами и компьютерами. Этот алгоритм успешно применялся позднее на коротких циклах повышения квалификации и был положительно оценён не только специалистами, повышающими подго-

товку, но и деканатом вуза. Особенностью дистанционного обучения является и то, что результаты обучения автоматически оцифровываются, что облегчает проверку знаний, учёт и статистическую обработку.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, СОХРАНЯЮЩИХ НЕПЛАНИРУЕМУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ

Чучалина Т.В., зам. гл. врача¹;

Каспарова А.Э., докт. мед. наук, проф., проректор по последипломному образованию, зав. кафедрой акушерства и гинекологии²;

Мещеряков В.В., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой детских болезней³.

¹Сургутская городская клиническая поликлиника №94;

²Ханты-Мансийская государственная медицинская академия;

³Сургутский государственный университет.

E-mail: t614207@yandex.ru,

тел.: +7 (922) 254 4207.

На основе метода экспертных оценок установлено согласованное мнение врачей акушеров-гинекологов о необходимости повышения уровня знаний женщин о репродуктивном здоровье для профилактики абортот не по медицинским показаниям. Внедрение инновационной программы в виде конкурса «Жизнь — священный дар» сопровождалось снижением числа абортот на основе формирования мотивации на сохранение беременности среди изначально решивших её прервать.

Based on the method of expert assessments, an agreed opinion of gynecologists was established on the need to increase the level of knowledge of women about reproductive health for the prevention of abortions that are not medically indicated. The introduction of an innovative program in the form of the "Life is a Sacred Gift" Competition was accompanied by a decrease in the number of abortions based on the formation of motivation to maintain pregnancy among those who initially decided to terminate it.

По данным официальной статистики, в Российской Федерации за 2018 г. в сравнении с тем же периодом 2017 г. детей родилось на 86 тыс. человек меньше. Суммарный коэффициент рождаемости в РФ составил 1,58 (минус 0,04 по сравнению с 2017 г.), что неизбежно ведёт к депопуляции населения. Важным резервом снижения репродуктивных потерь является уменьшение числа абортот не по медицинским показаниям.

Цель исследования — сокращение репродуктивных потерь на основе оптимизации медико-организационных подходов по профилактике прерывания беременности не по медицинским показаниям.

Методы исследования: медико-социологический, статистический, сравнительного анализа. Проведено

анкетирование 20 квалифицированных акушеров-гинекологов о причинах невынашивания беременности по желанию женщины и основных направлениях по профилактике аборт без медицинских на то показаний (метод экспертных оценок). Далее анализировалась динамика частоты абортов за 5 лет до внедрения инновационной программы в виде конкурса «Жизнь — священный дар» (2006–2010) и в процессе её реализации (2012–2016) на базе женской консультации БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2». Эффективность программы оценивалась также по итогам анкетирования двух групп женщин — первоначально принявших решение о прерывании и о сохранении беременности. Согласованное мнение врачей подтвердило социальный характер причин невынашивания по желанию женщины — недостаток знаний о вреде аборта и женском репродуктивном здоровье — и медико-социальную направленность профилактических мероприятий с целью мотивации женщины на сохранение беременности путём повышения уровня её информированности. Социальную группу риска по прерыванию беременности не по медицинским показаниям составляли уже имеющие детей и повторные аборт, преимущественно одинокие или находящиеся в гражданском браке женщины с жилищными проблемами, недостаточно использующие современные методы контрацепции. Включение в дополнение к стандартным мероприятиям по сохранению беременности указанной программы с участием врачей, психологов, представителей общественных и религиозных организаций позволило на территориальном уровне увеличить удельный вес отказавшихся от аборта с 10,8% до 21,6% от числа принявших участие в профилактических мероприятиях, с 3,34 до 17,5% — от изначально решивших прервать беременность ($p < 0,01$ в обоих случаях), уменьшить количество абортов с 37,9 до 16,9 на 100 родившихся живыми и мёртвыми, с 17,5 до 10,5 на 1000 женщин фертильного возраста ($p < 0,01$ в обоих случаях). Установлено повышение уровня информированности и снижение личностной и ситуативной тревожности в группе женщин, отказавшихся от ранее принятого решения прервать беременность. Эффективность программы подтверждалась наличием связей между уровнем охвата профилактическими мероприятиями изначально принявших решение об аборте женщин и удельным весом отказавшихся от него в ходе осуществления программы, количеством абортов на 100 родившихся живыми и мёртвыми, на 1000 женщин фертильного возраста ($r = 0,40$, $r = -0,40$, $r = -0,58$, соответственно; $p < 0,05$ во всех случаях).

Литература

1. Применение методов экспертных оценок в научных исследованиях и в практической деятельности: Уч. пособие / Под ред. И.П. Артюхова. — Красноярск: КрасГМА, 2008. — 54 с.
2. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. — М.: Изд-во журнала StatusPraesens., 2011. — 688 с.
3. Стребков А.И., Шевякова А.М. Конфликтология абортов: об их разнообразии и способах преодоления // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2017. №2 (38). — С. 17–26.