

VII Общероссийская конференция
с международным участием

18-20 февраля 2021 года
Санкт-Петербург



ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА:
от прегравидарной подготовки
к здоровому материнству и детству

ТЕЗИСЫ



18-20 ФЕВРАЛЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

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



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**»

18-20 МАРТА МОСКВА



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

ФЕВРАЛЬ

Пн	1	8	15	22
Вт	2	9	16	23
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

МАРТ

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

АПРЕЛЬ

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

МАЙ

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

15-16 ОКТЯБРЯ РОСТОВ-НА-ДОНУ

IV Общероссийский
научно-практический семинар
«**РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ
РОССИИ: ДОНСКИЕ СЕЗОНЫ**»



15-17 АПРЕЛЯ ЕКАТЕРИНБУРГ

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

СЕНТЯБРЬ

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

ОКТЯБРЬ

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

КАЛЕНДАРЬ МЕРОПРИЯТИЙ SP



20-22 МАЯ МОСКВА



VIII Общероссийский конгресс
с международным участием
«**РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ:
ОТ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ
К ЗДОРОВОЙ GESTACII.
ПРОБЛЕМЫ ВРТ**»

12-13 НОЯБРЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

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



18-20 НОЯБРЯ МОСКВА



VII Общероссийская конференция
«**ИНФЕКЦИИ И ИНФЕКЦИОННЫЙ
КОНТРОЛЬ В АКУШЕРСТВЕ
И ГИНЕКОЛОГИИ**»



☎ +7 (499) 346 3902 f stpraesens
✉ info@praesens.ru vk praesens
🌐 praesens.ru 📷 statuspraesens

StatusPraesens
profimedia

МАРС

SP spnavigator

РУДН

Тезисы

VII Общероссийской конференции
с международным участием
**«Перинатальная медицина:
от прегравидарной подготовки
к здоровому материнству и детству»**
18–20 февраля 2021 года,
г. Санкт-Петербург

Москва

StatusPraesens
— profmedia —

2021

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

Тезисы VII Общероссийской конференции с международным участием «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству» (18–20 февраля 2021 года, г. Санкт-Петербург). — Москва : Изд-во журнала StatusPraesens, 2020. — 160 с.

ISBN 978-5-907218-25-3

В издании собраны тезисы докладов и научные материалы, подготовленные участниками VII Общероссийской конференции с международным участием «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству» (18–20 февраля 2021 года, г. Санкт-Петербург).

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 конференции.

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: Ольга Раевская

Препресс-директор: Нелли Демкова

Руководитель группы дизайна: Абдулатип Латипов

Координатор проекта: Вера Крюкова

Выпускающий редактор: Анастасия Пушкарь

Дизайнеры: Елена Шibaева, Ирина Капитонова, Олег Зубрилин

Вёрстка: Дмитрий Амплеев

Корректоры: Ника Кушнаренко, Эльнара Фридовская,

Надежда Мартынова, Елена Соседова

Подписано в печать 17.02.2021.

ООО «Медиабюро Статус презенс».

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

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

E-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 218253

ISBN 978-5-907218-25-3

© Медиабюро StatusPraesens, 2021

Гинекология

ДИЕНОГЕСТ В ТЕРАПИИ ТАЗОВОЙ БОЛИ, ВЫЗВАННОЙ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Бекулова М.А., аспирант кафедры, врач акушер-гинеколог.

Руководитель: **Оразов М.Р.**, докт. мед. наук, проф.
Российский университет дружбы народов, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.

E-mail: madina.bekulova@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (903) 123 9464.

Для обзора были проанализированы материалы ресурсов PubMed, EMBASE, MedLine, Кокрановской библиотеки. Результаты исследования показывают эффективность использования диеногеста в качестве патогенетической терапии инфильтративного эндометриоза. Профиль безопасности диеногеста был подтверждён рядом работ зарубежных и отечественных коллег. Данный препарат подходит для пролонгированного применения как в составе комбинированного лечения, так и в качестве монотерапии.

Ключевые слова: инфильтративный эндометриоз, тазовая боль, прогестагены, диеногест.

The materials of the resources of PubMed, EMBASE, MedLine, and the Cochrane Library were analyzed for the review. The results of the study show the effectiveness of the use of dienogest in pathogenetic therapy of infiltration endometriosis. The profile of the safety of the digenogest was confirmed by a number of works of foreign and domestic colleagues. This drug is suitable for prolonged use both in the combined treatment, and as a monotherapy.

Keywords: infiltrating endometriosis, pelvic pain, progestagen, dienogest.

Цель обзора — оценить эффективность применения диеногеста в качестве патогенетической терапии инфильтративного эндометриоза (клиническое улучшение и уменьшение очагов эндометриоза), проверить безопасность длительного использования препарата.

Эндометриоз — это заболевание, проявляющееся патологическим разрастанием подобных эндометрию клеток (функционально и морфологически) за пределами слизистой оболочки матки. По данным ВОЗ, эта болезнь уже поразила более 250 млн женщин репродуктивного возраста и её распространённость только растёт. Почти четверть из них страдают инфильтративными формами, главными клиническими проявлениями которых считаются тазовая боль, дисменорея, диспареуния, дисхезия и дизурия. Эндометриоз налагает тяжёлый отпечаток на все аспекты жизни пациенток, а это молодые женщины, многие из которых ещё не осуществили свои репродуктивные планы.

Диеногест — это препарат, специально разработанный для лечения эндометриоза, является гестагеном 4-го поколения, производным 19-нортестостерона. Диеногест обладает антипролиферативным и антиангиогенным действием, таким образом, способен влиять непосред-

ственно на эктопические эндометриозные очаги; контролирует продукцию простагландинов, сдерживая воспалительный компонент патогенеза.

Диеногест достоверно улучшает клиническое состояние пациенток: по данным различных источников, снижает интенсивность тазовой боли (в 3,4 раза), дисменореи (в 4,4 раза), диспареунии (в 2 раза); в ряде случаев полностью редуцирует болевой синдром. Рецидив после окончания курса лечения — до 12% наблюдений, по сравнению с другими видами гормональной терапии невысокий показатель.

Немаловажным является прямое влияние на органический субстрат — уменьшение площади эндометриозных гетеротопий. Это позволяет рассчитывать на долгосрочный эффект от проведённого курса лечения.

Безопасность препарата изучалась в многочисленных исследованиях. Понятие «длительное применение» не является стандартизированным. В разных источниках излагались данные о применении от 6 до 24 мес. Переносимость препарата была приемлемой. Побочные эффекты, такие как аномальные маточные кровотечения, межменструальные выделения, дискомфорт в молочных железах, снижение либидо, с увеличением длительности лечения имели тенденцию к уменьшению интенсивности и в редких случаях приводили к преждевременной отмене препарата.

Направленное антипролиферативное действие диеногеста, сопровождающееся эстрогенной депривацией тканей, оказывает эффект на минеральную плотность костей, сходную с эстрогенным дефицитом в постменопаузе. Зарубежные данные свидетельствуют о незначительном снижении минеральной плотности костей к концу 12-месячного курса лечения, к концу второго года эти изменения не усугубились, а в течение 6 мес после окончания терапии пришли к своей изначальной точке. Таким образом, нет существенных ограничений для длительного применения препарата.

Суммируя вышесказанное:

- 1) диеногест является первой линией патогенетической терапии инфильтративного эндометриоза;
- 2) может применяться как в качестве монотерапии, так и в составе комбинированного лечения;
- 3) эффективен в отношении органического субстрата болезни и её клинических проявлений;
- 4) обладает хорошей переносимостью, низкой частотой побочных эффектов, не оказывает существенного влияния на минеральную плотность костей;
- 5) имеет оптимальные свойства для пролонгированного применения.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Бекулова М.А., аспирант кафедры, врач акушер-гинеколог.

Руководитель: **Оразов М.Р.**, докт. мед. наук, проф.
Российский университет дружбы народов, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.

E-mail: madina.bekulova@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (903) 123 9464.

Для формирования обзора предпринят анализ баз данных PubMed, EMBASE, MedLine, Cochrane и отобраны международные обзоры авторов за 2015–2020 гг. с наиболее крупными исследованиями в этой области. Полученные результаты достоверно подтверждают, что эндометриоз — это грозный фактор риска предлежания плаценты, наблюдение за пациентками с эндометриозом должно быть более тщательным, необходимо учитывать этот фактор в процессе стратификации риска беременных и рожениц.

Ключевые слова: инфильтративный эндометриоз, предлежание плаценты.

To form the review, PubMed, EMBASE, MedLine, Cochrane databases will be analyzed and the authors' international studies for 2015–2020 have been selected with the largest reviews in this area. The results confirm that endometriosis is a rampant risk factor for placenta previa, observation of patients with endometriosis should be more strict, it is necessary to pay attention to this factor in the process of stratification of the risk of pregnant women and women giving birth.

Keywords: infiltrating endometriosis, placenta previa.

Цель обзора — расширить представления об эндометриозе как факторе риска перинатальных осложнений, установить распространённость предлежания плаценты среди страдающих эндометриозом, оценить риск формирования предлежания плаценты у пациенток изучаемой когорты с учётом вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в анамнезе.

Эндометриозом страдают 10% женщин репродуктивного возраста по всему миру. Около половины из них имеют синдром хронической тазовой боли и/или бесплодие. Но спектр медицинских проблем, ассоциированных с эндометриозом, не кончается infertility, также эндометриозная болезнь является мощным фактором риска акушерских осложнений. Среди наиболее частых — предлежание плаценты, преждевременные роды, преэклампсия, рождение маловесных для гестационного возраста детей и послеродовые кровотечения.

Предлежание плаценты (*placenta praevia*) — одно из наиболее тяжёлых состояний, связанных с неблагоприятными акушерскими и неонатальными исходами. Распространённость *placenta praevia* среди пациенток, страдающих различными формами эндометриоза, насчитывает около 3,6 против 0,6% у женщин без этого диагноза. А в структуре болеющих эндометриозом лидирующая позиция принадлежит беременным с инфильтративной формой этого заболевания. По данным крупного когортного исследования, 7,6% среди всех случаев *placenta praevia* наблюдалось у страдающих инфильтративным эндометриозом по сравнению с 0–2,6% с поверхностными и овариальными формами. Также инфильтративный эндометриоз ассоциирован с повышением риска послеродовых кровотечений и осложнений во время кесарева сечения.

Особый аспект проблемы — пациентки с эндометриозом после различных вспомогательных репродуктивных технологий. По различным данным, риск формирования *placenta praevia* после ВРТ может повышаться практически в 4 раза по сравнению с пациентками, забеременевшими естественным путём. В литературе этот вопрос пока ещё недостаточно освещён, требуются дальнейшие исследования для установления достоверности данного фактора в предикции формирования *placenta praevia*.

Эндометриоз представляет собой не только распространённую причину infertility, но и недооценённый фактор риска многообразных перинатальных осложнений, таких как предлежание плаценты (*placenta praevia*). Различные формы эндометриоза в определённой степени повышают риск развития *placenta praevia*, но превалирующую роль играют его инфильтративные формы. Дальнейшая разработка данного направления позволит улучшить алгоритмы ведения подобных пациенток и перинатальные исходы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЛАТОНИНА В ПРОГРАММАХ ЭКО

Вахлова О.С., очный аспирант кафедры.

Руководитель: **Обоскалова Т.А.**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой.

Уральский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии.

E-mail: dr.vakhlova@mail.ru; моб. тел.: +7 (982) 639 2674.

В ходе проведённого исследования показана эффективность применения мелатонина в программах вспомогательных репродуктивных технологий. Установлено, что использование мелатонина повышало вероятность получения эмбрионов высокого качества в 4,6 раза (OR=4,6; 95% ДИ [1,862–11,277]), наступление клинической беременности — в 6 раз (OR=6; 95% ДИ [1,003–35,909]).

Ключевые слова: мелатонин, ЭКО, ооциты, антиоксидант, циркадные ритмы.

In the course of the study, the efficiency of using of melatonin in programs of assisted reproductive technologies was shown. It was found that the use of melatonin increased the likelihood of obtaining high quality embryos by 4.6 times (OR=4.6; 95% CI [1.862–11.277]), the onset of clinical pregnancy — 6 times (OR=6; 95% CI [1.003–35.909]).

Keywords: melatonin, IVF, oocytes, antioxidant, circadian rhythms.

Актуальность. Бесплодие является не только медицинской проблемой, но и социальной, имея стойкую тенденцию к увеличению в последние годы. Частота бесплодных браков составляет до 25–30%. В течение последних лет в сфере репродуктивной биологии неуклонно растёт исследовательский интерес к изучению интрафолликулярных, интрацеллюлярных окислительных процессов, определению их биохимических механизмов действия на качество гамет и, как следствие, качество эмбрионов, разработке схем метаболической коррекции с целью повышения клинической эффективности программ ЭКО. Одним из препаратов выбора антиоксидантной протекции может рассматриваться мелатонин как биологическое вещество, участвующее в регуляции циркадных ритмов и имеющее высокий профиль безопасности.

Цель исследования — оценить эффективность применения препаратов мелатонина у женщин молодого репродуктивного возраста с субоптимальным ответом в циклах овариальной стимуляции.

Материалы и методы. Под наблюдением находились женщины молодого репродуктивного возраста с субоптимальным ответом в цикле овариальной стимуляции ($n=34$). Средний возраст женщин составил $32,0 \pm 3,9$ года; возраст менархе — $13,2 \pm 1,4$ года; длительность бесплодия — $5,27 \pm 3,08$ года. Было сформировано две группы: основную группу составили женщины, принимавшие препараты мелатонина в течение трёх циклов до проведения овариальной стимуляции ($n=11$); группу контроля — женщины, не принимавшие препараты мелатонина ($n=23$). Проводилась оценка эффективности применения мелатонина по следующим параметрам: количество и качество полученных ооцитов, количество и качество полученных эмбрионов, частота наступления беременности.

Результаты. Установлено, что в основной и контрольной группах количество фолликулов на пункцию достоверно не отличалось ($11,36 \pm 1,10$ и $8,39 \pm 0,93$); количество зрелых ооцитов также не отличалось (соответственно $10,0 \pm 2,01$ и $7,48 \pm 0,95$). Количество эмбрионов на 1-е и 5-е сутки культивации в обеих группах существенно не отличалось и составило соответственно: в 1-е сутки — $8,20 \pm 5,33$ и $5,78 \pm 3,41$, на 5-е сутки — $5,20 \pm 4,64$ и $4,05 \pm 2,34$. Частота получения эмбрионов высокого качества была достоверно выше в основной группе, чем в контрольной, — соответственно 87,7 и 61% ($p \leq 0,001$, критерий Фишера $p=0,000$). Таким образом, установлено, что при использовании мелатонина вероятность получения эмбрионов высокого качества повышалась в 4,6 раза ($OR=4,6$; 95% ДИ [1,862–11,277]). Выявлено, что в основной группе беременность наступала достоверно чаще: соответственно 80 и 40% ($p \leq 0,038$, критерий Фишера $p \leq 0,044$). Таким образом, вероятность наступления беременности увеличивалась в 6 раз ($OR=6$; 95% ДИ [1,003–35,909]) у женщин, получавших мелатонин, в сравнении с женщинами с отсутствием приёма мелатонина в программах ЭКО.

Выводы. Показана эффективность применения препаратов мелатонина в циклах ЭКО в виде повышения частоты получения эмбрионов высокого качества и клинически значимого увеличения частоты наступления беременности.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАРИНОИДОВ У ПАЦИЕНТОК С ДИСФУНКЦИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИ- РОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Газизова Г.Х., аспирант кафедры;
Масленников А.В., канд. мед. наук, доц. кафедры.
Руководитель: Яцук А.Г., докт. мед. наук, проф.
кафедры.

Башкирский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии с курсом ИДПО.

E-mail: karamelka5@inbox.ru;
моб. тел.: +7 (987) 587 6172.

В данной статье представлен результат эффективности применения гепариноида сулодексида в комплексе лечения пациенток с дисфункцией эндометрия на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Применение сулодексида в непрерывном режиме (без перерыва на время менструации) повышает эффективность терапии, не сопровождается увеличением менструальной кровопотери, а также оказывает положительное влияние на выраженность дисменореи.

Ключевые слова: дисменорея, недифференцированная дисплазия соединительной ткани, сулодексид, дисфункция эндометрия.

This article presents the result of the efficacy of the heparinoid sulodexide in the treatment of patients with endometrial dysfunction associated with undifferentiated connective tissue dysplasia (UCTD). When using sulodexide in a continuous mode (without a break during menstruation), it increases the effectiveness of therapy, is not accompanied by an increase in menstrual blood loss, and also has a positive effect on the severity of dysmenorrhea.

Keywords: algomenorrhoea, undifferentiated connective tissue disease, sulodexide, dysfunction of the endometrium.

Основу дисфункции эндометрия пациенток с НДСТ в сочетании с хроническим эндометритом составляет воспалительный процесс (зачастую с аутоиммунным компонентом), приводящий к склерозу стенок спиральных артерий, что резко повышает (ухудшает) резистентность маточных сосудов. Развивающийся на этом фоне хронический локальный оксидативный стресс ассоциирован с формированием регенераторно-пластической дисфункции эндометрия, которая обуславливает истощение регенераторного потенциала эндометрия с формированием секреторной недостаточности. Неинвазивным диагностическим маркером, позволяющим ещё на этапе прегравидарной подготовки обнаружить дисфункцию эндометрия, является ультразвуковая оценка передне-заднего размера (ПЗР) маточного эха (М-эхо); в комплексе с доплеровским сканированием внутриэндометриального кровотока она позволяет диагностировать синдром тонкого эндометрия — ПЗР М-эха менее 7 мм в сочетании с патологическим кровотоком. Поэтому комплексная терапия пациенток с ультразвуковым феноменом тонкого эндометрия на фоне НДСТ требует включения в схему лечения вазоактивных средств, способных скорректировать выраженность эндотелиопатии, улучшить микроциркуляцию в эндометрии и уменьшить локальную гипоксию тканей. В нашем исследовании применялся гепариноид сулодексид («Вессел® Дуэ Ф», «Альфа-сигма» [Италия]).

Цель исследования — изучить эффективность гепариноида сулодексида в комплексе лечения пациенток с дисфункцией эндометрия на фоне НДСТ.

Материалы и методы. Обследованы 88 пациенток с НДСТ и дисфункцией эндометрия (феномен тонкого эндометрия). В схему лечения 41 пациентки (группа 1а) дополнительно к циклической терапии препаратами 17 β -эстрадиола и дидрогестерона был добавлен гепариноид сулодексид в непрерывном режиме на протяжении трёх менструальных циклов (МЦ), 20 пациенток (группа 1б)

в дополнение к циклической терапии получали гепариноид с 5-го дня МЦ до 7-го дня после овуляции, 27 пациенток группы сравнения (группа 2) получали только циклическую терапию без добавления гепариноидов.

Результаты. У пациенток групп 1а и 1б восстановление значений М-эха ≥ 7 мм удалось достичь в 71–73% случаев, медиана значения толщины эндометрия в группе 1а увеличилась на 2,8 мм, в группе 1б — на 2,25 мм, во 2-й группе — только на 1,9 мм. Непрерывный режим приёма гепариноидов, в том числе во время менструации, не сопровождался увеличением объёма кровопотери и изменениями показателей красной крови. Дополнительно установлено, что у пациенток с НДСТ, отмечавших дисменорею на фоне ультразвуковых признаков варикозного расширения вен матки, назначение сулодексида приводило к снижению тяжести болевого синдрома вплоть до его полного купирования.

Заключение. Включение препарата сулодексид из группы гепариноидов в схемы лечения пациенток с дисфункцией эндометрия на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани повышает эффективность терапии в виде улучшения ультразвуковых характеристик эндометрия и способствует купированию симптомов дисменореи вплоть до их полного исчезновения. При назначении препарата в непрерывном режиме не отмечается увеличение длительности и объёма кровопотери во время менструации.

Литература

1. Давыдов А.И., Горячкина В.Л., Кузнецова И.В., Мухамедова С.Г. Молекулярно-биологические основы децидуализации эндометрия с позиций профилактики и лечения потери беременности // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2018. — №17 (3). — С. 53–58.
2. Краснопольская К.В., Ершова И.Ю., Фёдоров А.А. Тонкий эндометрий. Лечение бесплодия у женщин с гипоплазией эндометрия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
3. Кузнецова И.В., Землина Н.С., Мусина Р.А. и др. Применение аутологичных мезенхимальных стволовых клеток с целью восстановления эндометрия у пациенток со сниженной фертильностью // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2019. — №18 (6). — С. 34–40.
4. Яцук А.Г., Масленников А.В., Даутова Л.А. и др. Дифференцированный подход к ведению пациенток с синдромом «тонкого» эндометрия // *Российский вестник акушера-гинеколога*. — 2019. — №19 (2). — С. 52–56.

ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ ПРИ ЛАКТОСТАЗЕ И МАСТИТЕ

Герашенко Я.Л., врач онколог-маммолог.

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

E-mail: 9119736687@mail.ru;

моб. тел.: +7 (911) 973 6687.

В статье отражены результаты четырёхлетнего периода лечения пациенток с лактостазом и маститом, предложены оптимальные пути их устранения, лечебная тактика.

Ключевые слова: лактация, лактостаз, лактобактерии, грудное вскармливание, мастит, маммолог.

The article reflects the results of a four-year treatment period for patients with lactostasis and mastitis, suggests optimal ways to eliminate them, and treatment tactics.

Key words: lactation, lactostasis, lactobacilli, breastfeeding, mastitis, mammologist.

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 рожениц в различных странах колеблется от 2 до 33% и в среднем составляет около 10%^{3–6}.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы медицинские карты (МК) 115 кормящих женщин по факту обращения в период с декабря 2016 г. по декабрь 2020 г. с жалобами на нарушение эвакуации молока, боль и дискомфорт, уплотнение ткани молочной железы.

Методы обследования. Анамнестический, осмотр, пальпация, ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желёз (МЖ).

Результаты. У всех обратившихся за медицинской помощью женщин было диагностировано нарушение лактации. Лактостаз у 98 (85,2%) женщин, лактационный мастит (серозная форма) у 14 (12,2%) женщин, лактационный мастит (гнойно-абсцедирующая форма) у четырёх (3,5%) женщин.

Клинические проявления в виде локального уплотнения ткани в одной МЖ, болей, нарушения оттока молока имели все пациентки. Повышение температуры тела выше 36,6 °С отмечено у 51 женщины (44,3%), у 25 (21,7%) — выше 38 °С, у трёх (2,6%) — выше 40 °С. Ультразвуковая картина локального отёка ткани МЖ выявлена у всех пациенток. УЗ-картина абсцесса МЖ у четырёх (3,5%) женщин.

Тактика лечения в зависимости от клинической картины включала в себя следующее.

1. Ручное сцеживание МЖ по Рюрдану — у 115 женщин (100%).
2. Локальная гипотермия — у 80 женщин (69,5%) после каждого кормления 15 мин.
3. «Траумель С» (гомеопатическая мазь для наружного применения) местно 3 раза в день — у 82 (71,3%) женщин.
4. Противовоспалительная терапия (ибупрофен в таблетках 200 мг 2 раза в день) применялась у 70 женщин (60,8%).
5. Спазмолитики (дротаверин в таблетках 20 мг за 15 мин до кормления) применялись у 69 женщин (60%).
6. Раствор окситоцина 5 МЕ/мл по две капли интраназально за 15 мин до кормления — у 21 женщины (18,2%).
7. Антибактериальная терапия (АБТ) (амоксциллин + клавулановая кислота в таблетках 625 мг 2 раза в день) — у 16 женщин (13,9%).
8. Лактобактерии *Lactobacillus Fermentum LC40 222* мг по одной капсуле перорально ежедневно — у 47 женщин (40,9%).
9. Оперативное лечение в объёме вскрытия и дренирования абсцесса МЖ выполнено четырём женщинам (3,5%). В шести случаях (5,2%) проведена лечебная пункция.

Лактацию и грудное вскармливание продолжили 110 (95,6%) женщин. Пять пациенток уже прекращали лактацию к моменту развития лактостаза. Излечение наступило в сроки: до 3 сут — у 96 женщин (83%), от 4 до 8 дней — у 16 женщин (14%), с 9-го до 21-го дня — у трёх женщин (2,6%).

Выводы. Нарушения оттока молока могут возникать в любой период лактации. Наиболее часто нарушения лактации развиваются в первые 3 мес после родов. Лактостаз может случаться и у повторно родивших женщин. Соблюдение лечебно-диагностического алгоритма позволяет предотвратить развитие воспаления в 87% случаев без антибактериальной терапии. Обследование и лечение должно начинаться на первом же приёме. Диагностический минимум: осмотр, УЗИ МЖ. Основным методом восстановления лактации является ручное сцеживание. Важным элементом лечения является восстановление микробиома грудного молока. АБТ целесообразно применять при признаках выраженного воспаления в виде гипертермии выше 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. — Vol. 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. — Vol. 50. — №12. — С. 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 N361: *Breastfeeding: maternal and infant aspects // Obstet. Gynecol.* — 2007. — Vol. 109. — 479 p.
5. Department of Child 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. — 342 p.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПОСЛЕ ПЕРЕДНЕЙ ВАГИНАЛЬНОЙ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ КОЛЬПОПЕКСИИ СИНТЕТИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ

Ерёма В.В., аспирант гинекологического отделения;

Буянова С.Н., докт. мед. наук, проф.;

Мгелиашивили М.В., канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник;

Петракова С.А., канд. мед. наук, научный сотрудник;

Глебов Т.А., ординатор.

Руководитель: **Буянова С.Н.**, докт. мед. наук, проф.

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии.

E-mail: creacion1@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (985) 9901058.

Анализ данных ретроспективного исследования позволил оценить частоту возникновения мочевого инконтиненции de novo у 50 континентных пациенток после передней вагинальной экстраперитонеальной кольпопексии. Частота составила 22%. С другой стороны, частота улучшения или исчезновения симптоматики недержания у женщин после изолированного лечения пролапса составила 66%.

Analysis of the data from a retrospective study made it possible to assess the incidence of de novo urinary incontinence in 50 continental patients after anterior vaginal extraperitoneal colporexy. The frequency was 22%. On the other hand, the rate of improvement or disappearance of symptoms of incontinence in women after isolated treatment of anterior prolapse was 66%.

Частота возникновения стрессовой инконтиненции de novo после хирургического лечения пролапса, по данным некоторых исследователей, превышает 50%. Основная причина возникновения данного вида недержания мочи связана с тем, что пролапс создаёт механический изгиб уретры или эффект «подушки» под уретрой. Этот эффект исчезает после хирургической коррекции пролапса, и выявляется скрытая форма недержания мочи. С другой стороны, имеются данные, что изолированное устранение пролапса у пациенток с мочевого инконтиненцией может привести к уменьшению или исчезновению жалоб у 29% пациенток.

Цель исследования — определить частоту возникновения мочевого инконтиненции de novo после оперативного лечения переднего пролапса у континентных женщин, проанализировать результаты лечения пациенток с признаками мочевого инконтиненции после изолированного лечения переднего пролапса. В гинекологическом отделении МОНИИАГ проведён анализ амбулаторных и стационарных карт 100 пациенток после передней вагинальной экстраперитонеальной кольпопексии синтетическим протезом (Elevate anterior, InGYNious DAS, Calistar S), проведено дополнительное интервьюирование пациенток по телефону. Степень тяжести мочевого инконтиненции определялась по опроснику ICIQ-SF. При тяжёлой степени недержания мочи пациенткам предлагалась трансобтураторная установка уретрального слинга. Пациентки были разделены на две группы: 1-я группа — 50 пациенток, удерживающих мочу до оперативного лечения пролапса; 2-я группа — 50 пациенток, у которых пролапс сочетался с недержанием мочи. Обе группы пациенток были сопоставимы по возрасту и экстрагенитальной патологии. Всем пациенткам было выполнено оперативное лечение пролапса с достоверным восстановлением уретровезикулярного сегмента. В послеоперационном периоде по показаниям проводилось местное лечение эстриолсодержащими препаратами и лечение симптоматики гиперактивного мочевого пузыря при необходимости. Стрессовая инконтиненция de novo в первой группе появилась у 11 пациенток, что составило 22%. Время возникновения симптоматики — 3–12 мес. Оперативное лечение с установкой уретрального слинга было предложено двум пациенткам с тяжёлой стадией недержания мочи (4%). Во

второй группе уменьшение или исчезновение клинических симптомов мочевой инконтиненции было выявлено у 33 пациенток (66%), а ухудшение симптоматики или сохранение её было выявлено у 17 пациенток (34%). Оперативное лечение недержания мочи было предложено семи пациенткам (14%) со среднетяжёлой степенью недержания мочи. Таким образом, низкая частота возникновения стрессовой инконтиненции *de novo* после операции и улучшение или исчезновение симптоматики недержания мочи у 66% пациенток после изолированной коррекции пролапса позволяют говорить об отсутствии необходимости проведения симультанной операции по коррекции пролапса и лечения/профилактики недержания мочи.

Литература

1. Shi-Yan Wang, Ting-Ting Cao, Run-Zhi Wang et al. Incidence and Risk Factors of De Novo Stress Urinary Incontinence after Pelvic Floor Reconstruction: A Nested Case-control Study // *Chinese Medical Journal*. — 2017. — Vol. 130 (6). — P. 678–683.
2. Jelovsek J. et al. A model for predicting the risk of de novo stress urinary incontinence in women undergoing pelvic organ prolapse surgery // *Obstetrics Gynaecol. Journal*. — 2014. — Vol. 132 (2). — Pt. 1. — P. 279–287.
3. Borstad E. et al. Surgical strategies for women with pelvic organ prolapse and urinary stress incontinence // *International Urogynecology Journal*. — 2010. — Vol. 21 (2). — P. 179–186.

ОПРАВДАНО ЛИ ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГЕСТИНОВ У ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ?

Ермолова Н.В., докт. мед. наук, доц., проф. кафедры, начальник акушерско-гинекологического отдела института акушерства и педиатрии;

Петров Ю.А., проф., докт. мед. наук, зав. кафедрой. Ростовский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №2.
E-mail: rniip.ermolova@gmail.com;
моб. тел.: +7 (929) 813 3254.

Обсуждается ведение пациенток с эндометриозом, варианты терапии и её результаты.

The management of patients with endometriosis, treatment options and results of them are being discussed.

Эндометриоз — генетически обусловленное хроническое рецидивирующее эпигенетическое воспалительное иммунозависимое заболевание, характеризующееся разрастанием ткани, подобной эндометрию, за пределами полости матки¹. Оно имеет очень важное медико-демографическое и социальное значение с учётом выраженной тенденции к омоложению, высокой частоты распространения, а также отрицательного влияния на качество жизни и репродуктивный потенциал^{2,3}. Эндометриозом страдают примерно от 2 до 10% женщин репродуктивного

возраста⁴. Для пациенток хроническая тазовая боль является основной и деструктивной характеристикой существования, а у 63,4% женщин вызывает резкое снижение качества жизни и нарушение трудоспособности^{3,5}.

В современных условиях стратегия лечения больных с эндометриозом основана на следующих принципах: оценке глубины и тяжести функциональных и структурных изменений, распространённости и выраженности процесса, а также обоснованном хирургическом лечении один раз в жизни по данной патологии⁶. Определены показания для оперативного лечения при бесплодии, эндометриoidных кистах яичников, аденомиозе, при тазовой боли¹. Пожизненный план ведения пациенток предусматривает максимальное использование возможностей медикаментозной терапии и недопущение повторных оперативных вмешательств⁷. Целями лечения являются устранение или уменьшение болевого синдрома, уменьшение объёма поражений, сохранение или восстановление фертильности, улучшение качества жизни. Крайне важно избежать или отсрочить рецидив. Практически ни один медикаментозный препарат не устраняет морфологический субстрат эндометриоза, а оказывает временное опосредованное влияние на его активность. В настоящее время медикаментозное лечение эндометриоза по зарегистрированным показаниям представлено прогестинами, антигонадотропинами и аналогами гонадотропин-рилизинг-гормона.

С целью исследования прогрессирования заболевания, а также терапии и последующей реабилитации пациенток с эндометриозом проведён анализ работы Научно-практического центра по изучению и лечению эндометриозов НИИ акушерства и педиатрии Ростовского государственного медицинского университета за последние 5 лет. 246 пациенток имели в анамнезе оперативное лечение эндометриоза различной степени распространения и гистологически подтверждённый диагноз. У 146 больных ранее проводилось оперативное лечение по поводу эндометриoidных кист яичников, у 48 пациенток — по поводу инфильтративного ретроцервикального эндометриоза, у 46 женщин имел место аденомиоз как самостоятельное заболевание или в сочетании с другими фенотипическими формами эндометриоза. У 20 пациенток имел место эндометриоз рубца на передней брюшной стенке, у шести женщин — в зоне промежности по месту эпизиотомии. Во время консультирования оценивались следующие показатели: ультразвуковое исследование органов малого таза, степень выраженности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), оценка биохимических параметров крови, включая общий анализ крови, коагулограмму и липидограмму.

32 пациентки, что составило 13% от общего количества консультированных женщин, получали на первом этапе в послеоперационном периоде агонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов. Большинство пациенток — 144 (58,5%) — получали лечение прогестагеном (диеногестом 2 мг) как на первом, так и на втором этапе лечения в течение 3, 6, 9 мес и до 3,5 года. На основании анализа изменений балльной оценки ВАШ оказалось, что до начала медикаментозного лечения у пациенток было в среднем 8,4 балла, что свидетельствует о крайней степени выраженности болевого синдрома. За всё время наблюдения за больными болевой синдром не возобновился ни у одной из пациенток. Оценка по ВАШ не

превышала 1–2 баллов. Аменорея наступала в течение первых 6 мес приёма у 68% пациенток, а через 12 мес её частота составляла 96%. По данным УЗИ, при применении диеногеста не было зарегистрировано ни одного случая рецидива эндометриоза (эндометриодных кист, эндометриодных инфильтратов в ретроцервикальной области), а при аденомиозе обнаружено уменьшение размеров и объёма матки. По данным лабораторных исследований, отклонений в анализах пациенток не было. Использование диеногеста в течение длительного времени до 3,5 года свидетельствует о хорошей переносимости и низкой частоте нежелательных проявлений. Только три пациентки отменили лечение по согласованию с терапевтом и неврологом по причине мигрени и аритмии, которые имели место у пациенток ранее.

Высокая эффективность диеногеста у пациенток любого возраста связана со значительным уменьшением размеров и количества очагов эндометриоза, уменьшением боли, ассоциированной с заболеванием, и улучшением качества жизни, а также со значительно меньшим влиянием на минеральную плотность костной ткани, не повышая риск тромбозов^{8,9}.

Лечение эндометриоза должно быть поэтапным, эффективным, безопасным при длительном применении и индивидуально подобранным, исходя из потребностей конкретной пациентки на данный момент времени¹⁻⁸.

Литература

1. Адамян Л.В. Эндометриоз: диагностика, лечение, профилактика: Клинические рекомендации. — М., 2013. — 86 с.
2. Kamath M.S., Bhattacharya S. Demographics of infertility and management of unexplained infertility // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* — 2012. — Vol. 26. — P. 729–738.
3. Culley L. et al. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review // *Hum. Reprod. Update.* — 2013. — Vol. 19 (6). — P. 625–639.
4. Simoens S. et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres // *Hum. Reprod.* — 2012. — Vol. 27 (5). — P. 1292–1299.
5. Pistofidis G. Endometriosis and reproductive life endometriosis and quality of life // *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders.* — 2015. — Vol. 7. — P. 33–34.
6. Berlanda N., Vercellini P., Fedele L. The outcomes of repeat suger for recurrent symptomatic endometriosis // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* — 2010. — Vol. 22 (4). — P. 320–325.
7. American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion // *Fertil Steril.* — 2014. — Vol. 101. — P. 927–935.
8. Merz M., von Ludwig C., Ebert A.D. A multi-center, open label, single-arm study to investigate the safety and efficacy of daily oral administration of 2 mg dienogest for the treatment of endometriosis in adolescents // *1st Congress of the Society of Endometriosis and Uterine Disorders, Paris, France, 2015. P. S71.*
9. Casper R.F. et al. Progestin-only pills may be a better first line treatment for endometriosis than combined estrogen-progestin contraceptive pills // *Fertil. Steril.* — 2017. — P. 325–334.

ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА КОМПЛЕКСА ФЕРМЕНТОВ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ

Игнатовский А.В., канд. мед. наук, доц.
Санкт-Петербургский государственный университет.

E-mail: derm@list.ru;

моб. тел.: +7 (921) 9145265.

Применение электрофореза геля, содержащего ферментное средство из коллагеназ гидробионтов, продемонстрировало лучшие результаты у пациенток со склероатрофическим лихеном вульвы (САЛВ) по сравнению с применением эмоллиентов и может применяться на этапе реабилитации.

The application of electrophoresis gel containing an enzymatic agent from hydrobiont collagenases demonstrated better results in patients with SALV compared to the use of emollients and can be used in the rehabilitation phase.

Лечение склероатрофического лихена вульвы как хронического заболевания представляет известные трудности. Современные подходы к лечению этого заболевания предусматривают длительное применение топических кортикостероидов (ТКС) или топических ингибиторов кальциневрина (ТИК). Однако после их отмены возникает необходимость продолжить мероприятия, направленные на восстановление поражённых участков кожи. В настоящее время к таким методам относят применение эмоллиентов, терапию аутологичной плазмой и др.

Цель исследования — оценить эффективность применения электрофореза геля, содержащего ферментное средство из коллагеназ гидробионтов, представляющее собой комплекс коллагенолитических протеаз, на этапе реабилитации пациентов со склероатрофическим лихеном вульвы.

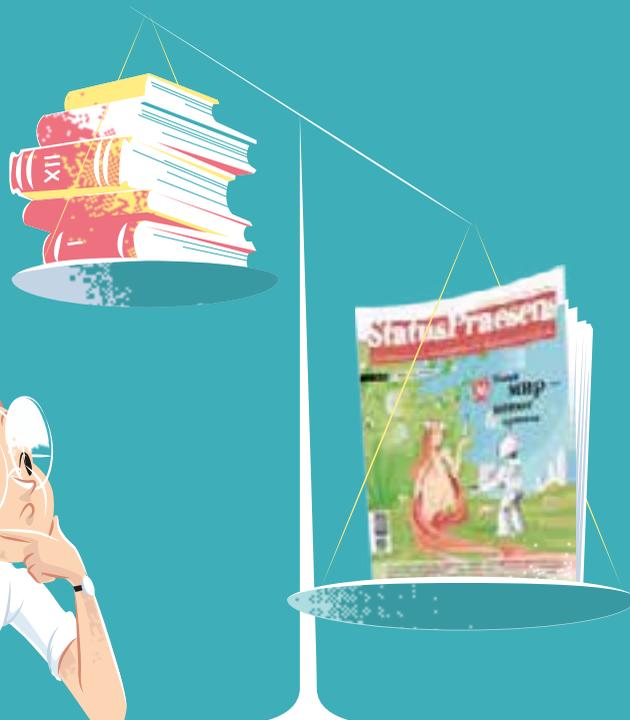
Материалы и методы. Под наблюдением находились 86 женщин с диагнозом «склероатрофический лихен вульвы», возраст от 18 до 72 лет (49±13 лет). У 47 диагноз верифицирован гистологически, у 39 — на основании клинических данных. На первом этапе все женщины получали лечение ТКС и/или ТИК в течение 6±2 нед до наступления клинического улучшения. Все пациентки были разделены на две группы: группа 1 (n=44) получала на этапе реабилитации электрофорез геля, содержащего ферментное средство из коллагеназ гидробионтов, из расчёта 0,5–1 г на 1 см², гель вводился с положительного электрода через день, длительность процедуры 10 мин, курс 15 процедур; группа 2 (n=42) применяла кремы-эмоллиенты ежедневно. Эффективность этапа реабилитации оценивали через 3 мес.

Результаты. Все пациентки из группы 1 хорошо переносили электрофорез, нежелательных явлений отмечено не было. У 96% (n=42) женщин этой группы отмечался положительный эффект от проводимых

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.

✓ **В почтовом отделении России:**
по каталогу «Пресса России»,
подписной индекс: **33022.**

✓ **В офисе** по адресу: Москва,
Спартаковский пер., д. 2, стр. 1,
подъезд 9, этаж 3.

✓ **В любом банке/мобильном банке** по реквизитам

- Получатель: ООО «Статус презенс контент»
- ИНН/КПП: 7701984958/770101001
- Р/с: 40702810700000019553
- Банк получателя: Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в г. Москве
- БИК: 044525411
- К/с: 30101810145250000411
- 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.**

подписаться
по специальной цене

+7 (499) 346 3902

praesens.ru

vk.com/praesens

info@praesens.ru

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

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

* Журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» занимает первое место по читаемости (60,6%) среди профильных изданий, по оценке гинекологов амбулаторного звена, по результатам исследования MED-Q «Мнение практикующих врачей», проведенного ООО «Ипсас Камкон» осенью 2020 года в 21 крупнейшем городе России.

StatusPraesens
— profmedia

процедур, который в порозовении поражённой кожи, улучшении её текстуры и эластичности, отсутствии трещин, у 4% (n=2) женщин эффект был незначительным, но они также отметили положительный результат в виде исчезновения симптомов сухости, стягивания, отсутствия трещин. Ни у одной из женщин группы 1 за весь период наблюдения не возникла необходимость возвращения к применению ТКС и/или ТИК. В группе 2 у 77% (n=32) в течение 4 нед после окончания основного курса лечения возникла необходимость в повторном возвращении к применению ТКС, а у 23% (n=10) рецидив симптомов возник в течение 6±2 нед, что также потребовало возврата к иммуносупрессивным препаратам.

Обсуждение. Проявление избирательной активности геля, содержащего ферментное средство из коллагеназ гидробионтов, по отношению к патологическому коллагену, глубокий и полный гидролиз пептидных связей избыточного коллагена изменённой при САЛВ ткани обеспечивают положительный терапевтический результат, что важно для пациентов с САЛВ, так как позволяет улучшить трофические процессы в коже и сократить сроки и частоту применения ТКС и/или ТИК.

Выводы. Применение геля, содержащего ферментное средство из коллагеназ гидробионтов, может быть рекомендовано на этапе реабилитации у пациентов с САЛВ.

Литература

1. Higgins C.A., Cruickshank M.E. A population-based case-control study of aetiological factors associated with vulval lichen sclerosis // *J. Obstet. Gynaecol.* — 2012. — Vol. 32. — P. 271–275.
2. van der Meijden W., Boffa M., Ter Harmsel B. et al. *European guideline for the management of vulval conditions*, 2016.
3. Кондратьева Ю.С., Филинова С.О. Ферментные препараты в лечении склероатрофического лишена у женщин // *Бюллетень медицинской науки.* — 2017. — №4 (8). — С. 56–60.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ БЕЗ АТИПИИ В ПЕРИОДЕ ПЕРИМENOПАЗУЗЫ

Калинкина О.Б., докт. мед. наук, доц., проф.
кафедры;

Тезиков Ю.В., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой;
Липатов И.С., докт. мед. наук, проф., проф. кафедры.
Самарский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1.

E-mail: uga.75@inbox.ru;
моб. тел.: +7 (927) 685 4485.

Обследованы 28 пациенток 45–48 лет с обильными маточными кровотечениями, вызванными гиперплазией эндометрия без атипии. После хирургического лечения им назначалась гормональная терапия «Клайрой». Через 6 мес после прове-

дённного лечения у пациенток не было выявлено гиперплазии эндометрия.

26 patients aged 45–48 years with heavy uterine bleeding caused by endometrial hyperplasia without atypia were examined. After surgical treatment, they were prescribed hormone therapy with clyra. 6 months after the treatment, no endometrial hyperplasia was detected in the patients.

Согласно классификации Международного общества гинекологов-патологов, Международной федерации акушеров и гинекологов и ВОЗ, в настоящее время выделяют четыре вида гиперплазии эндометрия в соответствии с гистологической и цитологической картиной. Различают простую и сложную гиперплазию, а также гиперплазию с наличием или отсутствием атипии. Наличие или отсутствие атипии — это самый важный критерий последующей тактики ведения пациентки. В пременопаузе, сопровождающейся хронической ановуляцией, развитие гиперплазии эндометрия является частой причиной обильных маточных кровотечений. Оптимальной является тактика ведения пациенток, исключающая риск малигнизации и рецидива кровотечения.

Цель исследования — изучить особенности ведения пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия без атипии в перименопаузе, обусловившими обильные маточные кровотечения. Обследованы 28 пациенток в возрасте 45–48 лет, предъявлявших жалобы на обильные маточные кровотечения. Были проведены комплексное клиничко-лабораторное обследование, гинекологический осмотр и УЗИ органов малого таза. Выполнялась диагностическая гистероскопия с последующим отдельным диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала и гистологическим исследованием полученных соскобов. Выявлено наличие простой и сложной гиперплазии без атипии. После выполнения оперативного лечения назначалась консервативная терапия препаратом «Клайра», представляющим собой комбинацию эстрадиола валерата и диеногеста в динамическом режиме дозирования. Повторно через 6 мес было проведено обследование пациенток, включающее общеклиническое обследование и ультразвуковое исследование органов малого таза. При повторном обследовании не было выявлено клинических проявлений обильных маточных кровотечений, и при УЗИ органов малого таза эндометрий не превышал 5 мм, что является нормальным показателем у женщин данной возрастной категории. Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что назначение пациенткам с обильными маточными кровотечениями препарата «Клайра» позволило избежать рецидива патологии.

Литература

1. *Гинекология: Национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 761–783.
2. Trimble C.L., Method M., Leitao M. et al. *Management of Endometrial Precancers* // *Obstetrics and gynecology.* — 2012. — Vol. 120 (5). — P. 1160–1175.

РОЛЬ ИММУНОГИСТО- ХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЭНДОКРИННЫМ ФАКТОРОМ БЕСПЛОДИЯ

Кириллова Е.Н., канд. мед. наук, доц. кафедры;
Павлюкова С.А., канд. мед. наук, ассистент кафедры.
Белорусский государственный медицинский
университет, кафедра акушерства и гинекологии
(г. Минск, Белоруссия).
E-mail: Elena_Kirillova_BGMU@mail.ru.

Результаты иммуногистохимического исследования установили несоответствие экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов фазе менструального цикла у 78% пациенток с гиперпролактинемией и 76% с гиперандрогемией, а также обнаружение CD138+, что может свидетельствовать о наличии хронического эндометрита у женщин с эндокринными нарушениями, отражая важную роль гормонального фона в регуляции локального иммунитета.

Ключевые слова: иммуногистохимическое исследование, эндометрий, гиперпролактинемия, гиперандрогения.

The results of the immunohistochemistry study showed a discrepancy between the expression of estrogen and progesterone receptors in the menstrual cycle phase in 78% of patients with hyperprolactinemia and 76% with hyperandrogenemia, as well as high prevalence of the CD138+ detection, which may indicate the presence of chronic nonspecific endometritis in women with endocrine disorders, reflecting the important role of the hormonal factor in the regulation of local immunity.

Keywords: immunohistochemical study, endometrium, hyperprolactinemia, hyperandrogenism.

Успешная имплантация — сложный процесс, зависящий от состояния эмбриона и многих факторов, обеспечивающих нормальное развитие эндометрия и его структурные изменения в течение менструального цикла. В настоящее время морфологическая оценка эндометрия в ходе обследования пациенток с бесплодием является рутинной процедурой с целью верификации диагноза и определения дальнейшей тактики. Полноценная секреторная трансформация эндометрия и формирование «окна имплантации» обеспечивается координированным воздействием эстрогенов и прогестерона, приводят к изменению колебания концентрации которых обеспечивается изменение содержания эстрогеновых (ER) и прогестероновых (PR) рецепторов.

Женское бесплодие часто ассоциируется с эндокринными изменениями, которые могут влиять на рецептивность эндометрия. Результатом дисрегуляции в эндокринной системе становятся молекулярные дефекты эндометриальной рецептивности, что приводит к нарушению процесса имплантации.

Целью работы являлась оценка морфологического и иммуногистохимического исследования биопсийного материала, полученного при выполнении диагностической гистероскопии, у женщин с бесплодием и эндокринными нарушениями.

Проведено обследование 39 женщин с эндокринными нарушениями, у которых проводилась гистероскопия в сочетании с биопсией эндометрия с целью верификации эндометриального фактора бесплодия на 20–23-й день менструального цикла до назначения гормональной терапии. В зависимости от эндокринных нарушений пациентки были разделены на две группы: 18 пациенток с гиперпролактинемией (ГП) и 21 пациентка с гиперандрогемией (ГА).

При анализе иммуногистохимического исследования получены следующие результаты. У пациенток с ГП экспрессия ER и PR соответствовала фазе менструального цикла только в четырёх (22%) случаях, у пациенток с ГА — в пяти (24%). Несоответствие фазе менструального цикла выявлено в 14 (78%) и 16 (76%) случаях соответственно.

Кроме того, в обеих группах нами отмечено изменение количества иммунокомпетентных клеток CD138+, которые являются маркерами хронического эндометрита (ХЭ). Так, в группе пациенток с ГП признаки ХЭ выявлены в восьми (44,5%) случаях, ГА — семи (33%). Это может быть связано с изменением локального иммунитета эндометрия у женщин с эндокринной патологией и нуждается в дальнейшем изучении.

Анализ полученных результатов позволяет нам сделать вывод, что проведение иммуногистохимического анализа эндометрия является необходимым исследованием у женщин с бесплодием и эндокринными нарушениями.

Литература

1. Краснопольская К.В. Клинические аспекты лечения бесплодия в браке. Диагностика и терапевтические программы с использованием методов восстановления естественной фертильности и вспомогательных репродуктивных технологий: Руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 376 с.
2. Сухих Г.Т., Шурыгина А.В. Хронический эндометрит: Руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 64 с.
3. Bayer-Garner I.B., Nickell J.A., Korourian S. Routine syndecan-1 immunohistochemistry aids in the diagnosis of chronic endometritis // Arch. Pathol. Lab. Med. — 2004. — Vol. 128 (9). — P. 1000–1003.

РЕАЛИЗАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Кухарчик Ю.В., канд. мед. наук, доц. кафедры¹;
Гутикова Л.В., докт. мед. наук, зав. кафедрой¹;
Кузьмич И.И., зав. акушерско-обсервационным
отделением²;

Павловская М.А., канд. мед. наук, ассистент
кафедры¹.

¹Гродненский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии;

²Гродненский областной клинический перинатальный центр (г. Гродно, Белоруссия).
E-mail: juliakukharchik@mail.ru;
моб. тел.: +37 (529) 788 6617.

Ретроспективный анализ 89 историй болезни женщин с миомой матки и эндометриозом показал высокий уровень бесплодия и невынашивания беременности в этой группе пациенток. Полученные данные демонстрируют эффективность миомэктомии в восстановлении фертильности и улучшении перинатальных исходов.

Ключевые слова: миома матки, эндометриоз, репродуктивная функция.

A retrospective analysis of 89 case histories of women with uterine fibroids and endometriosis showed a high rate of infertility and miscarriage in this group of patients. The findings demonstrate the effectiveness of myomectomy in restoring fertility and improving perinatal outcomes.

Keywords: uterine myoma, endometriosis, reproductive function.

Особый интерес к миоме матки (ММ) и эндометриозу объясняется тем, что отмечается тенденция повышения частоты встречаемости коморбидности этой патологии. Актуальность данной темы объясняется тенденцией к позднему планированию беременности, когда значительно повышается риск возникновения миомы матки, эндометриоза и других причин неудач в реализации репродуктивной функции.

Цель исследования — проанализировать особенности реализации репродуктивной функции у женщин с миомой матки и эндометриозом. Нами выполнен ретроспективный анализ 89 историй болезни женщин. В первую группу вошли 42 женщины с миомой матки, во вторую группу — 47 пациенток с миомой матки и эндометриозом. Всем пациенткам, вошедшим в исследование, на этапе прегравидарной подготовки выполнена миомэктомия. Средний возраст обследованных первой группы составил $28,7 \pm 9,3$ года, второй группы — $29,8 \pm 8,2$ года ($p > 0,05$). Анализ антропометрических данных у пациенток не выявил статистических отличий. Индекс массы тела в 91% случаев соответствовал норме и в среднем составил $24,3 \pm 0,5$ кг/м².

В ходе исследования проведена оценка анамнеза, результатов клинико-лабораторного и инструментального методов обследования. Установлено, что у 40,5% женщин, состоявших в браке, имело место бесплодие (первичное — у 67,6%, вторичное — у 32,4%). Длительность первичного и вторичного бесплодия у 45,9% женщин колебалась от 3 до 8 лет. В анамнезе выявлено, что у 21,6% состоявших в браке женщин отмечалось невынашивание беременности. ММ впервые выявлена у 29,8% женщин второй группы. Установлено, что длительность заболевания 1–2 года была у 38,3% женщин, от 2 до 5 лет — у 19,1%, свыше 5 лет — у 10,6%. У 28,8% женщин второй группы отмечалось бесплодие. Из анамнеза установлено, что у 5,6% женщин, состоящих в браке, отмечено невынашивание беременности. 8,5% женщин второй группы получали консервативное лечение ММ — без эффективности. Все пациентки этой группы прооперированы (миомэктомия, удаление эндометриозидных кист яичников и эндометриозидных очагов на брюшине прямокишечно-маточного углубления и пузырно-маточной области).

Забеременели 73,8% женщин первой группы и 76,6% пациенток второй группы. Течение гестации осложнилось самопроизвольным абортom у 5,1% (первая группа) и 10,9% (вторая группа) и у 2,7% (первая группа) и 2,8% (вторая группа) соответственно до 12 нед и после 18 нед. Беременность закончилась родами у 86,1% женщин второй группы и 91,9% пациенток первой группы. У 89,2% обследованных женщин первой группы беременность наступала в первые 1,5 года после миомэктомии, а в последующий период — только у 10,8%. Что касается женщин второй группы, то реализация репродуктивной функции у них наступила у 88,9% пациенток в первые 1,5 года после миомэктомии, а в последующий период — только у 11,1%.

Все пациентки родоразрешены путём операции кесарева сечения: в экстренном порядке — 12,3%, в плановом — 87,7%. Перинатальных потерь не было, признаков несостоятельного рубца после миомэктомии не установлено. Повторные беременности с рождением второго здорового новорождённого после миомэктомии в группах обследованных женщин имели место у 16,4%. Таким образом, полученные нами данные демонстрируют эффективность миомэктомии в восстановлении фертильности и указывают на существенную роль ММ и эндометриоза в возникновении бесплодия и невынашивания беременности.

Литература

- Щербакова Л.А., Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Бурак А.Т. Опыт лечения пролиферативных процессов матки у женщин, страдающих бесплодием // *Опухоли жен. репрод. системы.* — 2012. — №2. — С. 73–77.
- Базарбаева Д.А., Юсупова М.А. Современные методы диагностики и лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста // *Вест. науки и образов.* — 2019. — №22 (76). — Ч. 3. — С. 16–23.
- Borja de Mozota D., Kadhel Janky E. Fertility, pregnancy outcomes and deliveries following myomectomy: experience of a French Caribbean University Hospital // *Arch. Gynecol. Obstet.* — 2014. — №289 (3). — P. 681–686.
- de la Cruz M.S., Buchanan E.M. Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment // *Am. Fam. Physician.* — 2017. — Jan 15. — Vol. 95 (2). — P. 100–107.

ПРОБЛЕМНЫЙ ЭНДОМЕТРИЙ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН РЕПРОДУКТИВНЫХ НЕУДАЧ

Лагутина Е.В., аспирант кафедры;
Семёнов П.А., аспирант кафедры;
Орехов Р.Е., ассистент кафедры.

Руководитель: **Оразов М.Р.**, докт. мед. наук, проф.
Российский университет дружбы народов, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.

E-mail: Lagutina_e.v@mail.com;
моб. тел.: +7 (977) 6172247.

Бесплодие, обусловленное нарушением процесса имплантации, является актуальной проблемой в современном мире, ключевое звено которой —

проблемный эндометрий. В настоящее время существуют разнообразные методы лечения данного заболевания, тем не менее большинство из них остаются дискуссионными и требуют дальнейшего изучения эффективности и безопасности.

Infertility caused by a violation of the implantation process is an urgent problem in the modern world, the key link of which is the problematic endometrium. Currently, there are a variety of treatments for this disease, however, most of them remain controversial and require further study of the effectiveness and safety.

Бесплодие — глобальная проблема современного общества и здравоохранения. Бесплодием страдают от 8 до 12% супружеских пар репродуктивного возраста во всём мире. По данным ВОЗ, частота бесплодных браков 15–20% считается критическим уровнем в воспроизводстве населения, именно поэтому изучение факторов, влияющих на репродуктивное здоровье населения, имеет важное значение для разработки стратегии и тактики по его сохранению и восстановлению.

Как известно, бесплодие, обусловленное нарушением процесса имплантации, ассоциировано с низким качеством эмбриона, неспособного к внутриматочной nidации, или с нарушением рецептивности эндометрия. Важнейшим показателем рецептивности эндометрия является его толщина в перiovуляторном периоде. Однако, несмотря на детальное изучение данного вопроса, понятие тонкий эндометрий до сих пор не стандартизировано, а следовательно, разные авторы предполагают различные значения данного показателя. В настоящее время тонкий эндометрий дефинируется как сонографически определяемая толщина менее 7 мм в день овуляции, или в день введения инъекции хорионического гонадотропина в свежих циклах ЭКО, и/или в день старта начала применения прогестерона в криопротоколе ЭКО. По последним данным, уровень распространённости синдрома тонкого эндометрия составляет примерно 2,4%, в циклах стимуляции яичников данный показатель может достигать 38–66% и имеет тенденцию повышения с возрастом.

На сегодняшний день лечение тонкого эндометрия остаётся весьма сложной задачей. Методы, используемые для лечения проблемного эндометрия, включают медикаментозные (заместительная гормональная терапия эстрогеном и прогестероном, использование вазоактивных препаратов, гонадотропинов, силденафила, икариина, цинка), эндометриальный скретчинг, физиотерапевтические процедуры, внутриматочную инфузию гранулоцитарного колониестимулирующего фактора роста, использование аутоплазмы, обогащённой тромбоцитами, а также клеточную терапию стволовыми клетками, однако единого алгоритма ведения пациенток изучаемой когорты на сегодняшний день не существует.

Традиционным методом лечения синдрома тонкого эндометрия является использование заместительной гормональной терапии, которая, по мнению многих авторов, улучшает репродуктивные исходы по частоте наступления беременности. В составе комплексного лечения проблемного эндометрия используются физиотерапевтические процедуры, их задачей является восстановление морфофункциональной структуры эндометрия, тем не менее в настоящее время нет убедительной доказа-

тельной базы эффективности использования данных методов лечения, что диктует необходимость их дальнейшего изучения. Актуальным способом лечения тонкого эндометрия является использование аутоплазмы. Предположительно неспецифичное повышение иммунореактивности ткани при внутриматочном применении может восстанавливать обменные процессы, а также улучшать микроциркуляцию и метаболизм в тканях, кроме того, способствует оптимизации процессов регенерации. Однако систематического обзора по оценке эффективности и безопасности аутоплазменной терапии как метода лечения гипоплазии эндометрия до настоящего времени не существует. Таким же недоказательным и дискуссионным методом в лечении проблемного эндометрия является внутриматочное использование препаратов гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (Г-КСФ). Несмотря на оптимистичные результаты в улучшении показателей имплантации до 32% и частоты наступления беременности до 48% в одних исследованиях, в других — значимой разницы не выявлено. Таким образом, вопрос использования Г-КСФ в лечении пациенток изучаемой когорты остаётся дискуссионным и требует дальнейших исследований по оценке эффективности и безопасности.

Не вызывает сомнений связь репродуктивных неудач и проблемного эндометрия, но в то же время, несмотря на многочисленные исследования в этой области, эффективного и безопасного метода лечения пациенток с бесплодием, ассоциированным с проблемным эндометрием, не существует, что диктует необходимость дальнейшего изучения этой важной и актуальной проблемы в современном мире.

Литература

1. Краснополянская К.В., Ершова И.Ю., Фёдоров А.А. Тонкий эндометрий. Лечение бесплодия у женщин с гипоплазией эндометрия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 112 с.
2. Juan Du, Hua Lu, Xujun Yu et al. Efficacy and safety of platelet-rich plasma for the treatment of thin endometrium // *Medicine (Baltimore)*. — 2020. — Jan. — Vol. 99 (3). — P. e18848.
3. Liu K.E., Hartman M., Hartman A. Management of thin endometrium in assisted reproduction: a clinical practice guideline from the Canadian Fertility and Andrology Society // *Reprod. Biomed. Online*. — 2019. — Jul. — Vol. 39 (1). — P. 49–62.
4. Chang Y., Li J., Chen Y. et al. Autologous platelet-rich plasma promotes endometrial growth and improves pregnancy outcome during in vitro fertilization // *Int. J. Clin. Exp. Med.* — 2015. — Vol. 8. — P. 1286–1290.
5. Rocha M.N.C., Florêncio R.S., Alves R.R.F. The role played by granulocyte colony stimulating factor (G-CSF) on women submitted to in vitro fertilization associated with thin endometrium: systematic review // *JBRA Assist Reprod.* — 2020. — Jul 14. — Vol. 24 (3). — P. 278–282.
6. Mahajan N., Sharma S. The endometrium in assisted reproductive technology: how thin is thin? // *J. Hum. Reprod. Sci.* — 2016. — Vol. 9. — P. 3–8.

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ТРОМБОФИЛИИ

Линёва О.И., докт. мед. наук, проф.;
Давыдкин И.Л., докт. мед. наук, проф.;
Данилова О.Е., канд. мед. наук, доц.;
Шатунова Е.П., докт. мед. наук, проф.

Самарский государственный медицинский университет.

E-mail: oinlineva@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (927) 6511848.

Проанализированы протоколы и данные всестороннего обследования 84 женщин с привычным невынашиванием беременности и неудачами ЭКО с назначением им персонифицированной прегравидарной подготовки в зависимости от выявленной генетической, приобретённой и комбинированной формы тромбофилии, включающей НМГ, фолаты, ацетилсалициловую кислоту и т.д.

Ключевые слова: тромбофилия, прегравидарная подготовка.

The protocols and the data of comprehensive examination were analyzed in 84 reproductive – aged women with genetic hemato-genic, acquired, combined types of thrombophilia and a family obstetrics history, who received personalized preconception care, included low molecular weight heparin, folic acid, aspirin and etc.

Keywords: thrombophilia, preconception care.

Существенным открытием последней декады XX в. стало признание роли наследственной и приобретённой тромбофилии в развитии таких осложнений беременности, как привычное невынашивание, неразвивающаяся беременность, неудачи ЭКО, антенатальная гибель плода, преэклампсия и т.д. Так, если частота антифосфолипидного синдрома в популяции составляет 5%, то среди пациенток с привычным невынашиванием она достигает 27–42%^{1,2}.

Цель исследования — проанализировать связь неудач ЭКО и потерь беременности в I триместре с различными формами тромбофилий с оценкой эффективности проведённой персонализированной прегравидарной подготовки³. Для реализации поставленной цели нами на базе кафедры и клиники госпитальной терапии СамГМУ проанализировано 84 протокола осмотра высококвалифицированными гематологами женщин репродуктивного возраста, направленных акушерами-гинекологами и терапевтами для уточнения причины развития невынашивания беременности и неудач ЭКО. Проведено полное клиническое обследование, включающее общий анализ крови, изучение системы гемостаза, антифосфолипидных антител и диагностики всех возможных вариантов генетических форм тромбофилий и гипергомоцистеинемии³. В результате обследования выявлены генетические гематогенные формы тромбофилии у 41 женщины (использована классификация З.С. Баркагана и J. Heit), антифосфолипидный синдром — у 25 женщин и комбинированная форма тромбофилии —

у 18. Отягощённый акушерский анамнез отметили 69 женщин (82,1%), из них неразвивающуюся беременность — 19 (22,6%), самопроизвольное прерывание беременности в ранние сроки — 15 (17,8%), привычную потерю беременности — 24 (28,6%), неудачи ЭКО — три (3,57%). 87% женщин были соматически здоровыми, отягощённый тромботический семейный анамнез был констатирован у 10% женщин (тромбозы, инфаркты миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения у родителей), 32% обследованных женщин указали на развитие у них ВТЭО как вне, так и во время беременности. После постановки клинического диагноза все женщины получали в течение 2–3 мес индивидуально подобранную прегравидарную подготовку. Она включала назначение рутинных профилактических мероприятий, прегравидарное консультирование супругов, их дообследование, коррекцию вагинального биоценоза, рациональное трудоустройство, полноценное питание, дотацию витаминов и микроэлементов и т.д. Кроме того, в зависимости от клинической формы тромбофилии при высоком риске развития ВТЭО и выявленном гиперкоагуляционном синдроме все женщины получали профилактическую дозу НМГ (согласно протоколу), при приобретённом антифосфолипидном синдроме проводили сочетанную терапию ацетилсалициловой кислотой и профилактическими дозами НМГ, а при гипергомоцистеинемии увеличивалась доза фолатов и дополнительно назначались витамины В₆ и В₁₂⁴. В результате проведённой прегравидарной подготовки у 67 женщин наступила желанная беременность, 52 из них родили здоровых детей в срок, 15 находятся на разных сроках гестации под постоянным наблюдением гематолога, что подтверждает эффективность проведённой прегравидарной подготовки.

Литература

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия, в. 2.0. — М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2017. — 872 с.
2. Прегравидаpная подготовка: Клинический протокол. — М.: Редакция журнала StatusPraesens. 2017. — 53 с.
3. Профилактика венозных тромбозмболических осложнений в акушерстве и гинекологии: Клинические рекомендации (Протокол). — М., 2014. — 18 с.
4. Жизнеугрожающие состояния в акушерстве и перинатологии / Под ред. В.О. Бицадзе, А.Д. Макацария, А.Н. Стрижакова, Ф.А. Червенака — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2019. — 672 с.

ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ

Матросова А.В., диссертант кафедры;
Пахомов С.П., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой.
Белгородский государственный национальный
исследовательский университет, кафедра акушерства
и гинекологии (г. Белгород).
E-mail: alinamatrosova@inbox.ru;
моб. тел.: +7 (904) 0814686.

Программы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) почти всегда сопровождаются индукцией суперовуляции с целью получения

большого числа ооцитов. Наиболее серьёзным осложнением овариальной индукции является синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ). Цель данного исследования — оценка и обобщение факторов риска, применяемых для выявления женщин, у которых возможен выраженный овариальный ответ на стимуляцию овуляции, а значит, которые входят в группу риска по развитию СГЯ.

Controlled ovarian stimulation (COS) is almost always employed during assisted reproductive techniques (ART) in an attempt to retrieve more oocytes. Ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) is the most serious iatrogenic complication of ovulation induction. The objective of the present study was to identify and summarize the predictive factors aimed at identifying women who develop an exaggerated response to COS and/or who develop OHSS during ART.

Проблема СГЯ в настоящее время является до конца не решённой. Однако способа, который бы полностью избавил от СГЯ, не существует¹. Профилактика данного осложнения основана на оценке факторов риска и своевременном формировании групп женщин, которые имеют повышенный риск развития СГЯ².

Цель исследования — изучение социально-биологических, анамнестических показателей, оценка клинико-лабораторных данных пациенток перед процедурой овариальной индукции, анализ применяемого протокола стимуляции овуляции и эхографических данных в процессе овариальной индукции с целью выявления факторов риска СГЯ.

Нами проанализирован 671 лечебный цикл процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), проведённого за период с 2009 по 2018 г. в отделении ВРТ перинатального центра Белгородской областной клинической больницы имени Святого Иоасафа. Все пациентки были разделены на две группы: в исследуемую группу вошли 56 женщин, у которых процедура ЭКО осложнилась СГЯ, остальные 615 пациенток составили группу контроля. Полученные данные наблюдения и обследования мы внесли в специально разработанную таблицу MS Excel. Материал обработан методом вариативной статистики с применением пакета прикладных компьютерных программ Statistica (версия 10.0). По результатам обработки статистически значимыми признаны значения при уровне $p < 0,05$.

В результате проведённого исследования получены следующие данные: частота встречаемости СГЯ выше в группе женщин молодого возраста — $30,76 \pm 3,67$ года (группа контроля $32,78 \pm 4,40$ года) ($p < 0,05$).

Достоверно реже пациентки с СГЯ страдали ожирением: в $1,79 \pm 1,77\%$ случаев (контрольная группа $7,15 \pm 1,04\%$ случаев) ($p < 0,05$). В исследуемой группе пациентов достоверно реже отмечались регулярные менструальные циклы ($83,93 \pm 4,91\%$ случаев против $93,82 \pm 0,97\%$) ($p < 0,05$). Показанием для проведения процедуры ЭКО в группе женщин с СГЯ чаще являлось эндокринное бесплодие — $28,57 \pm 6,04\%$ случаев (в контрольной группе $15,45 \pm 1,46\%$), а также статистически чаще в группе пациенток с СГЯ бесплодие было обусловлено мужским фактором ($48,21 \pm 6,68\%$ случаев против $33,17 \pm 1,90\%$); ($p < 0,05$). В группе женщин с СГЯ отмечалось более раннее начало стимуляции овуляции по сравнению с группой женщин без синдрома. Так, стимуляцию овуляции в исследуемой группе пациенток с СГЯ начинали антагонистами гонадотропин-рилизинг-

гормонов на $8,37 \pm 2,13$ день цикла, а в контрольной группе антагонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов назначались на $10,52 \pm 5,72$ день менструального цикла ($p < 0,05$). В ходе стимуляции овуляции количество фолликулов в группе пациенток с СГЯ было достоверно выше: на 9–10-й день менструального цикла в яичниках насчитывалось $7,85 \pm 3,89$ фолликула (группа контроля $2,6 \pm 2,47$ фолликула) ($p < 0,05$). Толщина эндометрия на 9–11-й день менструального цикла в группе пациенток с СГЯ отличалась в большую сторону ($7,27 \pm 1,59$ мм в исследуемой группе, $5,92 \pm 1,62$ мм в контрольной) ($p < 0,05$).

В результате трансвагинальной пункции яичников в группе пациенток с СГЯ ооцитов было получено достоверно больше ($22,3 \pm 8,10$ против $7,31 \pm 5,49$ фолликула в группе контроля) ($p < 0,05$).

Оценка факторов риска помогает клиницисту выделить пациенток из группы высокого риска по формированию СГЯ в процессе стимуляции овуляции, сформировать индивидуальный подход к каждой пациентке и своевременно провести профилактические мероприятия, направленные на улучшение исходов программ ВРТ.

Литература

1. Namavar Jahromi B., Parsanezhad M. E., Shomali Z. et al. Ovarian Hyperstimulation Syndrome: A Narrative Review of Its Pathophysiology, Risk Factors, Prevention, Classification, and Management // Iran. J. Med. Sci. — 2018. — Vol. 43 (3). — P. 248–260.
2. NASTRI C. O., TEIXEIRA D. M., MORONI R. M. et al. Ovarian hyperstimulation syndrome: pathophysiology, staging, prediction and prevention // Ultrasound. Obstet. Gynecol. — 2015. — Vol. 45 (4). — P. 377–393.

ВЛИЯНИЕ РЕЖИМА САМОИЗОЛЯЦИИ НА РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЖЕНЩИН

Махалова Г.О., ассистент кафедры акушерства
и гинекологии, врач акушер-гинеколог.

Оренбургский государственный медицинский
университет;

ООО «ММЦ Медкал Он Груп — Оренбург».

E-mail: lokkylo@yandex.ru.

Исследование 48 супружеских пар, планирующих беременность, выявило пагубное влияние самоизоляции в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 на фертильность женщин, что необходимо учитывать при назначении лечения, которое должно включать не только терапию с использованием медикаментов, но также изменения в образе жизни данной группы пациенток.

Ключевые слова: ковид, пролактин, депрессия, гормоны, бесплодие, стресс.

A study of 48 married couples planning a pregnancy revealed the detrimental effect of self-isolation during the COVID-19 pandemic on women's fertility, which should be taken into account when prescribing treatment, which should



1800
руб.*

КУПИТЬ

ОЧЕРКИ ЭНДОКРИННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Авторы: В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, О.А. Раевская и др.

Познание природы гормонально детерминированных заболеваний репродуктивной системы через формирование клинических представлений об их проявлениях посредством чётких диагностических и лечебных алгоритмов. Информация структурирована по интуитивно-понятной схеме: симптом—синдром—диагноз—терапия.

Рабочий инструмент для быстрой оценки клинической ситуации и выбора тактики!

АДЕНОМИОЗ. КОНТРАВЕРСИИ СОВРЕМЕННОСТИ. БОЛИ. КРОВОТЕЧЕНИЯ. БЕСПЛОДИЕ

Автор: В.Б. Цхай; под ред. В.Е. Радзинского

Единственный метод излечения аденомиоза — гистерэктомия, однако она неприемлема при желании пациентки стать матерью. Есть ли выход? Эффективна ли медикаментозная терапия? Какие варианты органосохраняющих операций разработаны на сегодняшний день? В издании суммированы результаты международных научных исследований и отражён собственный опыт авторов по ведению пациенток с аденомиозом.



1000
руб.**

КУПИТЬ

ПЕРИНЕОЛОГИЯ. ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

Авторы: В.Е. Радзинский, М.Р. Оразов, Л.Р. Токтар и др.

- Анатомо-физиологические особенности тазового дна: классические представления и современная интегральная анатомия.
- Свыше 100 иллюстраций: анатомия, техника операций и эстетических процедур.
- Подробные методики всех существующих способов коррекции нарушений тазового дна, показания, противопоказания и условия выполнения.
- Ведение и реабилитация пациенток с акушерской травмой промежности.
- Оперативное лечение недержания мочи, медикаментозная терапия ГУМС.
- Правовые аспекты в перинеологии.
- Шкалы и опросники — рабочий инструмент любого акушера-гинеколога.

Главная книга от StatusPraesens для акушеров-гинекологов по перинеологии, пролаптологии и эстетике.



2000
руб.*

КУПИТЬ

По вопросам
приобретения:

praesens.ru
(раздел «Книги»)

ig@praesens.ru

+7 (499) 346 3902;
+7 (925) 000 1394

include not only treatment with medication, but also changes in the lifestyle of this groups of patients.

Keywords: hormones, infertility, stress, covid, prolactin, depression.

Пандемия COVID-19, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2, представляет собой страшную ситуацию в мировом здравоохранении, обусловленную большим количеством больных, в том числе в критическом состоянии. Основной системой сдерживания выбрана самоизоляция. Но человек социален, и любая длительная изоляция влечёт за собой состояние неминуемого стресса. Разобщённость человека и общества влечёт за собой нарушения не только в психологическом, но также и в физиологическом здоровье индивида¹. Потеря привычных социальных связей чревата проблемами, и чем дольше длится изоляция, тем хуже могут быть последствия².

Цель работы — оценить изменения гормонального статуса у женщин репродуктивного возраста в условиях самоизоляции при пандемии, вызванной COVID-19. Проведён анализ 48 супружеских пар, планирующих беременность, имеющих одного и более совместных детей, проходивших прегравидарную подготовку до начала пандемии. У всех женщин на момент планирования беременности были взяты образцы крови и исследованы на уровень гормонов: ТТГ, Т3, ЛГ, ФСГ, прогестерон, 17-ОН-прогестерон, эстроген, пролактин, ДЭАС, ГСПГ, кортизол, тестостерон; все показатели были в границах нормы, иных патологий также выявлено не было³. В течение всего данного периода пары предпринимали попытки к зачатию. Беременность наступила в шести случаях. На повторной консультации женщины отмечали, что за период самоизоляции возросла усталость, участились перепады настроения, увеличилась раздражительность, нарушение сна, проявления агрессии стали более частыми, а в последующем появились менструальная дисфункция, отделяемое из молочных желёз, набор массы тела, отёки, выпадение волос, сухость кожных покровов и слизистых, головная боль и повышение артериального давления. Мужчины были консультированы урологом-андрологом, где предъявляли следующие жалобы: отсутствие утренней эрекции, сокращение продолжительности полового акта, визуальное изменение спермы, дизоргазмические состояния, общая усталость, быстрая утомляемость, набор веса. Были проведены повторные лабораторные исследования: у мужчин были оценены показатели спермограммы, у женщин — показатели гормонального фона. Выявили, что в показателях фертильности у мужчин были следующие изменения: сперматозоиды становились менее подвижными, появлялась агрегация клеток, однако морфологические параметры оставались без изменения. У женщин были выявлены повышение уровня пролактина на $31,2 \pm 1,3\%$ по сравнению с максимально допустимой нормой, описанной в литературных данных, ЛГ снижен на $5,7 \pm 1,1\%$, ФСГ — на $4,3 \pm 0,8\%$, тестостерон и 17-ОН-прогестерон были повышены на $2,8 \pm 1,0$ и $3,9 \pm 0,5\%$ соответственно, остальные показатели оставались в границах общепринятых норм.

Был сделан вывод: локдаун пагубно влияет на репродуктивный потенциал женщин, снижая фертильность.

Литература

1. Оганов Р.Г. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения // Кардио-

вазкулярная терапия и профилактика. — 2012. — Т. 11. — №1. — С. 5–10.

2. Старостина Е.Г., Тэйлор Г.Д., Квилти Л.К. и др. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — Т. 20. — №4. — С. 31–38.

3. Дедов И.И. Болезни органов эндокринной системы: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. — 568 с.

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ МИКРОКРОВОТОК ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

Нурмухаметова Э.Т.;

Чичаева Е.А.;

Антипов Е.В., канд. биол. наук.

Медицинский университет «Реавиз», кафедра акушерства и гинекологии.

E-mail: nurelm@yandex.ru; моб. тел.: +7 (927) 651 0374.

В статье представлены особенности периферического микрокровоотока крови у пациенток с миомой матки, поступивших на лечение методом эмболизации маточных артерий. Изучены типы микроциркуляции у пациенток с различным количеством миоматозных узлов. Было выявлено преобладание гиперемического типа кожной микроциркуляции (51,8%) у пациенток с миомой матки и большее количество узлов при данном типе периферического микрокровоотока.

The article presents the features of peripheral blood flow in patients with uterine myoma who received treatment by uterine artery embolization. The types of microcirculation in patients with different number of myomatous nodes were studied. The prevalence of hyperemic type of skin microcirculation (51.8%) in patients with uterine myoma and a greater number of nodes in this type of peripheral microcirculation were revealed.

Изучение этиологии и патогенеза развития миомы матки не оставляет исследователей в покое, распространённость и частота миомы матки из года в год имеет тенденцию к росту и «омоложению». Осуществление репродуктивных планов у пациенток с миомой матки требует индивидуального подхода, а порой и применения ВРТ. Выявление факторов риска развития миомы матки в настоящее время является актуальным, несмотря на существующие достижения в этом вопросе.

Цель исследования — изучение особенностей кожной микроциркуляции у женщин с миомой матки. Нами были обследованы 133 пациентки в возрасте от 24 до 51 года с растущей симптомной лейомиомой матки без признаков озлокачествления, поступивших на лечение методом эмболизации маточных артерий (ЭМА). Миома матки с одиночным узлом размерами 30–110 мм была у 67 (50,4%) пациенток, множественная миома матки с размерами доминантного узла 21–115 мм — у 66 (49,6%) по данным ультразвукового исследования. Средний возраст наблюдаемых составил 39 ± 6 лет. Оценку состояния системы

микроциркуляции (МЦ) крови проводили методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на отечественном аппарате ЛАКК-О2, выпускаемом на научно-производственном предприятии «Лазма» (Москва) при соблюдении всех правил методики проведения, с гипоемическим типом микроциркуляции (с низким уровнем кожного кровотока) — 31 (23,3%) женщина; с мезоемическим типом (со средним уровнем) — 33 (24,8%) пациентки; с гиперемическим типом (с высоким уровнем кровотока) — 69 (51,9%). регистрация ЛДФ-грамм проводилась с области эпонихия 3-го пальца правой руки. В ходе исследования выявлено, что с гипоемическим типом микроциркуляции (с низким уровнем кожного кровотока) — 31 (23,3%) женщина; с мезоемическим типом (со средним уровнем) — 33 (24,8%) пациентки; с гиперемическим типом (с высоким уровнем кровотока) — 69 (51,9%). Пациенток с гиперемическим типом МЦ было большинство по сравнению с мезоемическим и гипоемическим типами ($p < 0,001$). Множественная миома матки была у 40 (49,4%) исследуемых, один узел — у 41 (50,6%). При межгрупповом изучении достоверно чаще при гиперемическом типе МЦ встречается множественная миома матки по сравнению с гипоемическим ($p_1-3=0,034$). У пациенток с низким уровнем МЦ одиночный узел встречается чаще по сравнению с другими пациентками ($p=0,042$). По количеству миоматозных узлов при гипоемическом типе МЦ встречалось от одного до четырёх узлов; при мезоемическом типе — от одного до шести узлов; при гиперемическом — от одного до семи узлов. При гиперемическом типе МЦ кожи, что характеризует особенности микроциркуляции организма в целом, достоверно больше миоматозных узлов: коэффициент ранговой корреляции Спирмена между количеством узлов и типом микроциркуляции составил $rs=0,27$; $p=0,014$.

Выводы. Гиперемический тип МЦ крови был выявлен у 51,8% пациенток с миомой матки, поступивших на ЭМА. Достоверно значимо при гиперемическом типе МЦ встречается множественная миома матки с большим количеством узлов в сравнении с гипоемическим и мезоемическими типами. При исследовании периферического микроциркуляторного русла в раннем репродуктивном возрасте (18–21 год) и выявлении гиперемического типа необходимо ориентировать женщин на планирование родов в ближайшее время в связи с высоким риском развития миомы матки.

Литература

1. Адамьян Л.В., Смольнова Т.Ю., Сидоров В.В. Лазерная доплеровская флоуметрия в изучении состояния микроциркуляторного русла у гинекологических больных // Проблемы репродукции. — 2006. — №1. — С. 21–30.
2. Козлов В.И., Азизов Г.А., Гурова О.А. и др. Лазерная доплеровская флоуметрия в оценке состояния и расстройств микроциркуляции крови: Методическое пособие РУДН. — М., 2012. — 32 с.
3. Адамьян Л.В., Андреева Е.Н., Артымуков Н.В. и др. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация // Проблемы репродукции. — 2017. — Т. 23. — №56. — С. 503–552.
4. Дамиров М.М., Шахова О.Б., Саттарова З.И. и др. Современные подходы к диагностике нарушений микроциркуляции в гинекологической практике (обзор литературы) // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. — 2016. — Т. 1. — С. 40–44.
5. Цхай В.Б., Штох Е.А. Миома матки и репродуктивная функция женщины. Связь миомы матки с бесплодием // Акушерство, гинекология и репродукция. — 2014. — Т. 8. — №4. — С. 42–47.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОК, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ И ЭЛОНГАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ

*Петросян Е.И., аспирант;
Щукина Н.А., докт. мед. наук, проф.;*
Гукасян С.А., канд. мед. наук.
Руководитель: *Буянова С.Н., докт. мед. наук, проф.*

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии.
E-mail: kip92@mail.ru;
моб. тел.: +7(916) 068 4103.

Данное исследование показало существенную разницу в течении послеоперационного периода, сроках регенерации и качестве заживления раны у пациенток с рубцовой деформацией и элонгацией шейки матки, получавших комплексную периоперационную терапию и без неё. Полученные результаты демонстрируют необходимость комплексной периоперационной терапии с использованием противовоспалительных и регенерирующих препаратов.

Ключевые слова: шейка матки, разрывы шейки матки, элонгация шейки матки, предоперационная подготовка, хирургическое лечение, послеоперационная реабилитация.

This study showed a significant difference during the postoperative period, the timing of regeneration and the quality of wound healing in patients with cicatricial deformity and elongation of the cervix, who received complex perioperative therapy and without it. The results obtained demonstrate the need for complex perioperative therapy using antiinflammatory and regenerative drugs.

Keywords: cervix, cervical ruptures, cervical elongation, preoperative preparation, surgical treatment, postoperative rehabilitation.

Рубцовая деформация шейки матки занимает значимое место среди гинекологических заболеваний, частота которых достигает до 54,9%, а у женщин в репродуктивном возрасте — до 70%. Нередко она сочетается с элонгацией шейки матки и выпадением матки. Элонгация шейки матки у женщин репродуктивного возраста вызывает дискомфорт во влагалище, сопровождающийся снижением качества жизни, а также сексуальные проблемы и психологическую травму. У 30% женщин диагноз устанавливается в возрасте 28–45 лет. Улучшение качества жизни женщины достигается при помощи реконструктивно-пластических операций, эффективность которых во многом зависит от правильно подобранной предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации. В настоящее время не уделяется должного

внимания периоперационной терапии, способствующей улучшению регенерации тканей в послеоперационном периоде.

Цель исследования — провести сравнительную оценку эффективности хирургического лечения у пациенток с рубцовой деформацией и элонгацией шейки матки в результате периоперационного лечения и без него. В исследование были включены 125 пациенток в возрасте от 22 до 45 лет (средний возраст 34,8±5,9 года) с рубцовой деформацией и элонгацией шейки матки. Всем пациенткам произведены реконструктивно-пластические операции вагинальным доступом. Пациентки были разделены на две группы. Основную группу составили 60 (48%) пациенток, получавших предоперационное лечение, направленное на нормализацию микрофлоры влагалища, а также послеоперационную терапию с целью улучшения и ускорения регенерации тканей шейки матки после операции. Группу сравнения составили 65 (52%) пациенток (ретроспективный анализ).

Через 6 мес в результате опроса пациенток в основной группе выявлено, что две (3,3%) из них отмечали умеренные выделения из половых путей, сопровождающиеся дискомфортом. У одной (1,7%) пациентки наблюдалась диспареуния. Отмечено, что ни одна пациентка не предъявляла жалобы на контактные кровянистые выделения из половых путей и рецидив ощущения инородного тела во влагалище. В группе сравнения 26 (40%) пациенток отмечали выделения из половых путей, приводящие к дискомфорту во влагалище, еще 15 (23%) отмечали диспареунию. Жалобы на контактные кровянистые выделения из половых путей предъявляли пять (7,7%) пациенток, что было обусловлено эктопией шейки матки. Так же как и в основной группе, ни одна пациентка не предъявляла жалобы на рецидив ощущения инородного тела во влагалище.

В результате проведенного исследования отмечена существенная разница в течении послеоперационного периода и качестве жизни у пациенток основной группы и группы сравнения. Данная разница в показателях свидетельствует о целесообразности назначения противовоспалительных и регенерирующих препаратов в качестве предоперационной подготовки и послеоперационной терапии, как направленных на улучшение заживления тканей шейки матки, так и влияющих на качество жизни женщины.

Литература

1. Бадретдинова Ф.Ф., Глебова Н.Н., Короткова Л.А. и др. *Акушерская травма и рубцовая деформация шейки матки. Некоторые спорные вопросы проблемы (обзор литературы)* // Научное обозрение. Медицинские науки. — 2016. — №5. — С. 23–31.
2. Дубровина С.О., Ардинцева О.А., Красильникова Л.В. *К вопросу о диагностике, профилактике и терапии патологии шейки матки* // Гинекология. — 2018. — Т. 20. — №5. — С. 33–36.
3. Краснопольский В.И., Дуб Н.В., Буянова С.Н. и др. *Современные подходы к диагностике и лечению воспалительных заболеваний шейки матки: Учебно-методическое пособие.* — М., 2019. — 34 с.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ НА ФЕРТИЛЬНОСТЬ

*Семёнов П.А., аспирант кафедры;
Орехов Р.Е., ассистент кафедры;
Лагутина Е.В., аспирант кафедры.*

Руководитель: Оразов М.Р., докт. мед. наук, проф.
Российский университет дружбы народов, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.

E-mail: x.pavel.semenov.x@gmail.com;
моб. тел.: +7(916) 156 4338.

Беременность невозможна без таких ключевых факторов, как качество эмбриона и состояние эндометрия, включая его толщину и структуру. В контексте благоприятной среды эндометрия хронический эндометрит и синдром тонкого эндометрия являются независимыми негативными прогностическими факторами отрицательных исходов репродукции, в том числе неудач имплантации и повторных потерь беременности. Связь данных заболеваний с перечисленными осложнениями кажется очевидной, тем не менее звенья патогенеза весьма дискуссионны, что создаёт необходимость дальнейших исследований в данной области.

Pregnancy is impossible without key factors such as the quality of the embryo and the condition of the endometrium, including its thickness and structure. In the context of a favorable endometrial environment, chronic endometritis and 'thin' endometrial syndrome are independent negative predictors of negative reproductive outcomes, including implantation failures and recurrent pregnancy losses. The connection of these diseases with the listed complications seems obvious; nevertheless, the links of pathogenesis are highly controversial, which creates the need for further research in this area.

С современных позиций хронический эндометрит (ХЭ) определяется как местное воспаление эндометрия с повышенной плотностью и отёком стромальных клеток, диссоциацией созревания эпителиоцитов и фибробластов и наличием стромального плазматклеточного инфильтрата. Тонким называют эндометрий толщиной менее 7 или 8 мм. ХЭ не имеет специфической симптоматики, требует обязательной биопсии эндометрия с целью верификации диагноза, а также в мире до сих пор не существует универсальных критериев диагностики данного состояния. Всё вышеперечисленное выстраивает преграды на пути к установлению настоящей распространённости данного заболевания. Несмотря на это, повышенная частота встречаемости ХЭ и синдрома тонкого эндометрия у инфертильных женщин диктует необходимость принимать во внимание данные состояния в стратегиях преодоления женского бесплодия.

Считается, что ХЭ играет этиологическую и патогенетическую роль в возникновении синдрома тонкого эндометрия в случае, если других доказанных патологи-

ческих процессов, способных приводить к первичному и вторичному бесплодию, не обнаружено. Важно упомянуть, что толщина эндометрия сегодня является важным предиктором успешной имплантации blastocysts, в том числе в протоколах ЭКО. Таким образом, увеличение М-эхо эндометрия в программах преодоления женской инфертильности различного генеза — один из первостепенных прогностических факторов.

Предположительные патогенетические сценарии на сегодняшний день многочисленны и разнообразны. Среди них процесс фибрирования слизистой полости матки, аномальные соотношения популяций иммунокомпетентных клеток эндометрия, дисбаланс про- и противовоспалительных цитокинов, нарушение децидуализации эндометрия. Факт того, что ХЭ приводит к повторным неудачам имплантации и потерям беременности, остаётся вне сомнений, хотя справедливости ради стоит отметить, что патогенез данной взаимосвязи остро обсуждается мировым сообществом.

Невзирая на серьёзность заболеваний, тактика ведения таких пациенток всё ещё является нерешённой проблемой для клиницистов. На данный момент «золотой стандарт» лечения не определён средствами доказательной медицины, так как существующие на сегодняшний день методы позволяют достичь желаемого результата не так часто, как хотелось бы. Следовательно, лечение таких состояний, как ХЭ и синдром тонкого эндометрия, — сложная задача, и необходимы более тщательные и обстоятельные исследования для разработки эффективных методов преодоления женского бесплодия, связанного с описываемыми заболеваниями.

ХЭ и синдром тонкого эндометрия, без сомнения, ассоциированы с бесплодием, повторными неудачами имплантации и потерями беременности. К сожалению, патогенетические пути, так же как методы диагностики и преодоления данных негативных репродуктивных исходов, в современном мире вызывают множество научных дискуссий и диктуют необходимость серьёзных качественных клинико-морфологических исследований с сильной доказательной базой.

Литература

1. Радзинский В.Е., Оразов М.Р., Токтар Л.Р. и др. Эффект «разбросанных пазлов»: имплантационные нарушения при хроническом эндометрите // *Гинекология*. — 2020. — №22 (6).
2. Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Коган И.Ю. и др. Молекулярные механизмы циклической трансформации эндометрия // *Журн. акушерства и женских болезней*. — 2019. — №68 (1). — С. 5–12.
3. Puente E., Alonso L., Laganà A.S. et al. Chronic Endometritis: Old Problem, Novel Insights and Future Challenges // *Int. J. Fertil. Steril.* — 2020. — Vol. 13 (4). — P. 250–256.
4. Zargar M., Ghafourian M., Nikbakht R. et al. Evaluating Chronic Endometritis in Women with Recurrent Implantation Failure and Recurrent Pregnancy Loss by Hysteroscopy and Immunohistochemistry // *J. Minim. Invasive Gynecol.* — 2020. — Vol. 27 (1). — P. 116–121.
5. Liu K.E., Hartman M., Hartman A. Management of thin endometrium in assisted reproduction: a clinical practice guideline from the Canadian Fertility and Andrology Society // *Reprod. Biomed. Online*. — 2019. — Vol. 39 (1). — P. 49–62.

МИКРОВЕЗИКУЛЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ — ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ БИОМАРКЁРЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА ПРЕГРАВИДАРНОМ ЭТАПЕ

Терёхина В.Ю., ассистент кафедры акушерства
и гинекологии;

Ворошиш Д.С., студент 5-го курса Института
клинической медицины.

Руководитель: **Николаева М.Г.**, докт. мед. наук,
проф.

Алтайский государственный медицинский университет.

E-mail: vasutka_07@mail.ru;

моб. тел.: +7 (913) 247 0008.

Перспективное исследование, направленное на определение уровня экстраклеточных микровезикул (EVs) материнского происхождения на прегравидарном этапе у женщин с тяжёлой преэклампсией (ПЭ) в анамнезе (основная группа) в сравнении с соматически здоровыми женщинами (группа контроля), показало, что уровень эндотелиальных EVs в основной группе в 3,5 раза выше, чем в группе контроля, что может свидетельствовать о сохраняющейся дисфункции эндотелия у пациенток с ПЭ в анамнезе.

A prospective study aimed at determining the level of extracellular microvesicles (EVs) of maternal origin at the pregravid stage in women with a history of severe preeclampsia (PE) (main group), in comparison with somatically healthy women (control group), showed that the level of endothelial EVs in the main group was 3.5 times higher than in the control group, which may indicate persistent endothelial dysfunction in patients with a history of PE.

Преэклампсия (ПЭ) является патологическим состоянием гестации, которое играет ведущую роль в формировании показателей материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. На данный момент известно, что центральная роль в патогенезе ПЭ принадлежит плаценте, при этом клеточные и молекулярные механизмы, запускающие ПЭ и способствующие её прогрессированию, недостаточно изучены. По современным представлениям, акцент в прогнозировании ПЭ направлен на изучение биологических маркёров, характеризующих основные этапы плацентации. Такими маркёрами являются экстраклеточные микровезикулы (EVs), вырабатываемые как скриниотрофобластом, так и материнским организмом. Изменение баланса материнских EVs на прегравидарном этапе у женщин с тяжёлой ПЭ в анамнезе может способствовать реализации ПЭ при последующей гестации.

Цель исследования — изучение уровня EVs материнского происхождения на прегравидарном этапе у женщин с тяжёлой ПЭ в анамнезе (основная группа, n=16) и у соматически здоровых пациенток (группа

контроля, $n=24$). В группу контроля вошли здоровые добровольцы — женщины в возрасте 18–35 лет. Определяющим критерием включения в основную группу являлось наличие тяжёлой ПЭ в анамнезе.

Исследование уровня EVs проводилось методом проточной цитометрии. Статистическая обработка данных проводилась в программе MedCalc. Статистически значимых различий в уровне эритроцитарных и лейкоцитарных EVs на прегравидарном этапе у женщин основной и контрольной групп не определено. При изучении уровня тромбоцитарных EVs у пациенток с эпизодом тяжёлой ПЭ в анамнезе выявлено, что их число в 2 раза выше, чем у здоровых пациенток, что имело статистическую значимость (4,16 против 8,88; $p=0,04$). Наиболее значимые различия нами определены при исследовании уровня эндотелиальных EVs, число которых у женщин основной группы было в 3,5 раза выше, чем в группе контроля (0,34 против 1,18; $p=0,01$). Необходимо отметить, что при изучении лабораторных маркёров дисфункции эндотелия (уровня эндотелина-1, фактора Виллебранда, PAI-1, t-PA) патологических изменений выявлено не было.

Значимое увеличение числа эндотелиальных EVs на прегравидарном этапе у пациенток с тяжёлой ПЭ в анамнезе может свидетельствовать об имеющейся/сохраняющейся дисфункции эндотелия в анализируемой когорте женщин. Результаты исследования могут способствовать формированию «искомой» группы риска по развитию преэклампсии при увеличении количества выборок.

Литература

1. Керкешко Г.О., Корневский А.В., Соколов Д.И., Сельков С.А. Роль взаимодействия экстраклеточных микровезикул трофобласта с клетками иммунной системы и эндотелия в патогенезе преэклампсии // *Медицинская иммунология*. — 2018. — №20 (4). — С. 485–514.
2. Микаелян А.Г., Марей М.В., Суханова Ю.А. и др. Характеристика состава микровезикул крови при физиологической беременности и беременности, отягощённой синдромом задержки роста плода // *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. — 2019. — №7 (4). — С. 25–31.
3. Motot A.P., Nikolaeva M.G., Yasafova N.N. et al. Clinical and laboratory manifestations of the prothrombin gene mutation in women of reproductive age // *Journal of Blood Medicine*. — 2019. — Vol. 10. — P. 255–263.

ХРОМОСОМНЫЕ АБЕРРАЦИИ КАК ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ

Фетисова И.Н., докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии, медицинской генетики^{1,2};
Ратникова С.Ю., канд. биол. наук, ст. научный сотрудник¹;
Шабанов Б.С., студент².

¹Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова;

²Ивановская государственная медицинская академия (г. Иваново).

E-mail: shabanov_boris@mail.ru;

моб. тел.: +7(915)849 0085.

Установлено, что частота носительства хромосомных aberrаций в семейных парах с привычным невынашиванием беременности (ПНБ) на ранних сроках составляет 2,3%. У женщин аномалии кариотипа выявлены в 2,4% случаев, у мужчин — в 1,5%. Анализ кариотипов супругов с ПНБ является неотъемлемой частью обследования пары для исключения наличия хромосомных aberrаций и определения тактики планирования и ведения следующей беременности.

It was determined that the frequency of chromosomal aberrations in spouses with early term recurrent miscarriages amounted to 2,3%. Karyotype abnormalities were discovered in 2,4% of women and in 1,5% of men. The karyotype analysis in spouses with recurrent miscarriages is an integral part of the examination of spouses in order to exclude the presence of chromosomal aberrations and to determine how to plan and treat following pregnancies.

В настоящее время 18% семей сталкиваются с различными формами патологии репродукции: бесплодием, невынашиванием беременности (НБ), наличием врождённых пороков развития плода (ВНР). Около 80% антенатальных потерь обнаруживается в первом триместре беременности. Первостепенное значение среди различных причин нарушения репродукции и осложнённой беременности занимает генетическая аномалия у супругов и развивающегося эмбриона/плода¹⁻³. Чем грубее отклонение в количестве и качестве наследственного материала эмбриона, тем ранее происходит остановка его развития. Хромосомные аномалии являются важной причиной формирования врождённых пороков развития плода. Хромосомная патология эмбриона/плода в подавляющем большинстве случаев является следствием случайных мутаций в гаметех родителей, но может быть обусловлена наличием хромосомных аномалий у самих супругов¹⁻³.

Цель исследования — провести изучение частоты и спектра хромосомных aberrаций в супружеских парах с привычным невынашиванием беременности ранних сроков. На базе Ивановского научно-исследовательского института материнства и детства им. В.Н. Городкова проведён ретроспективный анализ за период с 2015 по 2019 г. результатов кариотипирования 523 семей, страдающих привычным невынашиванием беременности. Материалом для исследования служили хромосомные препараты, полученные из культур лимфоцитов периферической крови по стандартному методу. G-окраску хромосом проводили по общепринятому методу Seabright (1971) в модификации.

Хромосомные аномалии были выявлены у 25 пациентов из 1046 обследованных, что составило 2,3%. У женщин аномалии кариотипа выявлялись чаще, чем у мужчин. Четырнадцать пациенток с привычным невынашиванием беременности являлись носительницами структурных хромосомных aberrаций (2,4%): у 12 женщин были диагностированы транслокации (1,8%), в двух случаях выявлены инверсии (0,4%). Транслокации типа центриче-

ского соединения с участием хромосом 13-й и 15-й, 13-й и 22-й, 13-й и 14-й, 13-й и 21-й пар определялись у пяти обследованных. Обращает внимание участие во всех случаях ролбертсоновской транслокации хромосом 13-й пары. У пяти пациенток были диагностированы неролбертсоновские транслокации с участием хромосом 5-й и 18-й, 8-й и 9-й, 3-й и 22-й, 2-й и 13-й, 18-й и 10-й пар. У двух женщин с ПНБ были диагностированы парацентрические инверсии (хромосомы 7-й и 10-й пар). У мужчин из супружеских пар с ПНБ все выявленные хромосомные мутации (n=8) пришлись на долю транслокаций (1,5%). Ролбертсоновские транслокации с участием хромосом 14-й и 21-й, 15-й и 22-й, 13-й и 14-й имели четверо из обследованных пациентов. В четырёх других случаях имели место неролбертсоновские транслокации с участием хромосом 3-й и 13-й, 3-й и 21-й, 2-й и 13-й, 7-й и 12-й пар. У одного пациента была диагностирована сбалансированная хромосомная aberrация с участием четырёх хромосом (2-й и 15-й пары, 4-й и 10-й пары). Соматические аномалии у пациента отсутствовали, имела место астенозооспермия.

Таким образом, анализ кариотипов супругов с ПНБ является неотъемлемой частью обследования пары для исключения наличия хромосомных aberrаций и определения тактики планирования и ведения следующей беременности.

Литература

1. Фетисова И.Н., Мальшикина А.И., Семененко С.С. и др. Преимплантационная генетическая диагностика эмбрионов в программе ЭКО как способ профилактики наследственной патологии // Вестник Ивановской медицинской академии. — 2018. — Т. 23. — №3. — С. 10–13.
2. Al-Jaroudi D. Chromosomal aberrations in women with primary and secondary amenorrhoea: A cross sectional study // Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. — 2019. — №45 (8). — P. 1497–1505.
3. Jesus A.R. Reproductive success of assisted reproductive technology in couples with chromosomal abnormalities // Journal of Assisted Reproduction and Genetics. — 2019. — №36 (7). — P. 1471–1479.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СИНЕХИИ — ОДНА ИЗ ПРИЧИН БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

Щербатых М.Г., аспирант;

Буянова С.Н., проф., докт. мед. наук;

Бабунашвили Е.Л., канд. мед. наук;

Беспалова А.Г.

Руководитель: Шуккина Н.А., проф., докт. мед. наук.

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии.

E-mail: marina.sher94@mail.ru;

моб. тел.: +7 (985) 2051169.

Ретроспективный анализ 80 пациенток репродуктивного возраста, оперированных по поводу миомы матки больших размеров, выявил высокую частоту сочетанного бесплодия — 36 (45%). После

миомэктомии спонтанное наступление беременности отмечено у 32 из 80 (40%) женщин, а внутриматочные синехии выявлены у 23 (47,9%) пациенток. Результаты наглядно демонстрируют высокую частоту внутриматочных синехий у пациенток с бесплодием и внутриматочными вмешательствами в анамнезе, в том числе с миомэктомией.

A retrospective analysis of 80 female patients of reproductive age, operated on for large uterine fibroids, revealed the incidence of combined infertility — 36 (45%). After myomectomy, spontaneous onset occurred in 32 out of 80 (40%) women, and intrauterine synechiae were detected in 23 (47.9%) patients. The results clearly demonstrate the high frequency of intrauterine synechiae in patients with infertility and a history of intrauterine interventions, including myomectomy.

Миома матки является самой распространённой доброкачественной опухолью и встречается у 30–35% женщин репродуктивного возраста. Частота выявления миомы матки при бесплодии составляет 25–27%. Исследования, проведённые в последние годы, указывают на тенденцию к «омоложению» пациенток в условиях тенденции планирования беременности на более поздний репродуктивный период.

Цель исследования — изучить наличие и характер внутриматочных синехий у инфертильных пациенток с миомой матки. Проведён ретроспективный анализ, в ходе которого изучены истории болезни 80 пациенток репродуктивного возраста (от 22 до 43 лет), которым было проведено оперативное лечение по поводу миомы матки лапаротомным доступом в гинекологическом отделении МОНИИАГ за период с 2014 по 2019 г. Пациентки разделены на две группы: в 1-й группе (40 наблюдений) произведено удаление миоматозных узлов со вскрытием полости матки (0–2-й тип узлов); во 2-й группе (40 наблюдений) — миомэктомия без вскрытия полости матки (3–5-й тип узлов). Пациенткам обеих групп произведено УЗИ органов малого таза, 47 пациенткам обеих групп, не реализовавшим репродуктивную функцию после операции, произведена офисная гистероскопия с оценкой состояния полости матки (наличие внутриматочных спаек — ВМС) с использованием классификации ВМС Американского общества фертильности. Наряду с миомой матки в 1-й группе бесплодие имели 18 женщин (45%): первичное — шесть (15%), вторичное, связанное с наличием миомы матки больших размеров, 12 (30%). Кесарево сечение в анамнезе отмечено у девяти пациенток (22,5%), раздельное диагностическое выскабливание — у восьми (20%), миомэктомия — у пяти (12,5%). По поводу наличия миоматозных узлов больших размеров 0–2-го типа пациенткам выполнена миомэктомия со вскрытием полости матки. Средний размер опухоли составил 15,1±2,1 нед беременности, диаметр наибольшего узла — 8,2±3,8 см. Беременность наступила спонтанно у 10 женщин (25%) после миомэктомии; у восьми пациенток (20%) закончилась родами: у трёх (7,5%) — самопроизвольными родами в сроке 38±1,5 нед беременности, у пяти (12,5%) — абдоминальным родоразрешением в сроке 38,3±1,6 нед беременности. 30 пациенткам (75%), не реализовавшим репродуктивную функцию, выполнена офисная гистероскопия в отсроченном периоде после миомэктомии: ВМС выявлены у 16 (53,3%): I стадии —

у девяти (56,25%) со средней оценкой в баллах — 2 (единичные нежные синехии с вовлечением менее 1/3 полости матки); II стадии — у семи (43,75%) со средней оценкой в баллах — 4 (преимущественно плотные синехии с вовлечением более 1/3 полости матки). Всем пациенткам произведён адгезиолизис с последующей терапией. Во 2-й группе (40 наблюдений) бесплодие наряду с наличием миомы матки больших размеров наблюдалось также у 18 женщин (45%): первичное бесплодие — у четырёх женщин (10%), вторичное бесплодие, связанное с наличием миомы матки больших размеров, — у 14 (35%). Кесарево сечение в анамнезе было у 11 (27,5%), раздельное диагностическое выскабливание — у шести (15%), миомэктомия — у четырёх (10%). Всем пациенткам 2-й группы выполнена миомэктомия без вскрытия полости матки (3–5-й тип узлов). Средний размер опухоли составил $12,3 \pm 1,4$ нед беременности, диаметр наибольшего узла — $7,4 \pm 2,5$ см. После миомэктомии беременность наступила спонтанно у 22 женщин (55%), исходы: 18 (45,0%) — роды: девять (22,5%) — самопроизвольные роды в сроке $39 \pm 0,8$ нед беременности; девять (22,5%) — кесарево сечение в сроке $38,7 \pm 1,2$ нед беременности, у четырёх беременность прогрессирует. 18 пациенткам (45%) второй группы, не реализовавшим репродуктивную функцию, также выполнена офисная гистероскопия в отсроченном периоде: ВМС выявлены у семи (38,8%): I стадии —

у шести (85,7%) со средней оценкой в баллах — 2 (единичные нежные синехии с вовлечением менее 1/3 полости матки), II стадии — у одной (14,28%) со средней оценкой в баллах — 4 (преимущественно плотные синехии с вовлечением более 1/3 полости матки). Всем пациенткам произведён адгезиолизис с последующей терапией.

Таким образом, внутриматочные синехии — недооценённый фактор бесплодия у женщин репродуктивного возраста. Высокая частота внутриматочных синехий у пациенток с бесплодием и внутриматочными вмешательствами в анамнезе, в том числе с удалением узлов миомы 0–2-го типа, требует проведения превентивных противоспаечных мероприятий.

Литература

1. Khaw S.C., Anderson R.A., Lui M.W. Systematic review of pregnancy outcomes after fertility-preserving treatment of uterine fibroids // *Reprod. Biomed. Online.* — 2020. — Vol. 40 (3). — P. 429–444.
2. Teo U.L., Kopeika J., Pundir J., El-Toukhy T. Peri-operative morbidity and fertility outcome after repeat abdominal myomectomy for large fibroid uterus // *J. Obstet. Gynaecol.* — 2020. — Vol. 40 (5). — P. 673–677.
3. Шукина Н.А., Буянова С.Н., Кондриков Н.И. и др. Клинико-морфологические аспекты лейомиомы матки у молодых женщин // *Российский вестник акушера-гинеколога.* — 2016. — №16. — С. 21–27.

Акушерство

VI Общероссийский семинар
18–20 марта 2021
Москва



StatusPraesens
profmedia



«Репродуктивный потенциал России:
версии и контраверсии.
ВЕСЕННИЕ ЧТЕНИЯ»

+7 (499) 346 3902

stpraesens

ova@praesens.ru

praesens

praesens.ru

statuspraesens

Идеология

Контраверсии

- ▲ Обновлённый Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утверждённый Приказом Минздрава РФ №1130н от 20 октября 2020 года: что изменится в работе службы?
- ▲ Клинические рекомендации: новый статус и новый виток контраверсий. Как будет строиться работа врачей?
- ▲ Повышение квалификации и допуск к медицинской деятельности в 2021 году: выясняем важные нюансы. Новый приказ — вышел!
- ▲ COVID-19: продолжаем жить и работать в условиях пандемии. Концентрируем внимание на глобальной проблеме инфекционной безопасности.

РЕГИСТРАЦИЯ



ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНИТОВ
В ПОСТАНТИБИОТИКОВУЮ
ЭРУ: КАК МИНИМИЗИРОВАТЬ
ВЕРОЯТНОСТЬ РЕЦИДИВОВ?

РЕПРОДУКТИВНО ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ
И РОДИЛЬНИЦ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ
И ПРОФИЛАКТИКЕ. ПАЦИЕНТКИ С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО
ЦИКЛА: ТАКТИКА ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА

ТОНКИЙ ЭНДОМЕТРИЙ: ОФИЦИАЛЬНОГО
ДИАГНОЗА НЕТ, А СОСТОЯНИЕ ЕСТЬ.
ЧТО ЛЕЧИТЬ?

СТРАТЕГИЯ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ
ПЕРЕД ВРТ: ЧТО ГЛАВНОЕ?

БЕСПЛОДИЕ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ.
И ЭНДОМЕТРИОЗ БЕЗ БЕСПЛОДИЯ.
СМЕНА ПАРАДИГМЫ

МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРЕХОД: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МГТ
И ФОРТОЭСТРОГЕНОВ

СКРИНИНГ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНЫХ
ОРГАНОВ: ЧТО В ЗОНЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА?

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ОВАРИИ- И МАСТЭКТОМИЯ: ЦЕНА ПОБЕДЫ?

ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДЫ ПРИ ОПЕРИРОВАННОЙ МАТКЕ: ЧТО В ПРОЕКТЕ
КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (2021)?
ПРОГРАММИРОВАННЫЕ РОДЫ ПРИ ГСД СНИЖАЮТ ЧАСТОТУ АБДОМИНАЛЬНЫХ
РОДОРАЗРЕШЕНИЙ. ПОЧЕМУ НЕ ВНЕДРЯЮТ?

ЭПОХА ANTI-AGEING: ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ И ПРИНЦИПЫ
АНТИВОЗРАСТНОЙ МЕДИЦИНЫ. РОЛЬ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА
В ДОСТИЖЕНИИ АКТИВНОГО И ЗДОРОВОГО ДОЛГОЛЕТИЯ
ВНЕДРЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ FAST-TRACK-ХИРУРГИИ

ПРОЛАПСЫ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. ПЛЮСЫ
И МИНУСЫ ОПЕРАТИВНЫХ
МЕТОДОВ. ВОЗМОЖНО ЛИ
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
РАННИХ СТАДИЙ ПРОЛАПСОВ?



ИММУНОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ ПРЕКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Амосов М.С., ассистент кафедры;

Липатов И.С., докт. мед. наук, проф.;

Тезиков Ю.В., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой.

Самарский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1.

E-mail: kaf_ag1@samsmu.ru;

моб. тел.: +7 (846) 958 2418.

Выделенные на преclinical стадии иммунометаболические паттерны — системного воспалительного ответа, функциональной недостаточности эндометрия, эндотелиально-гемостазиологической дисфункции — патогенетически связаны с эндометриозом и определяют развитие гестационных и перинатальных осложнений в 79,2 и 100% при наружном и внутреннем эндометриозе. Обоснована необходимость разработки программы превенции эмбриоплацентарной дисфункции при эндометриозе.

The immunometabolic patterns identified at the preclinical stage — systemic inflammatory response, endometrial functional insufficiency, endothelial-hemostatic dysfunction—are pathogenetically associated with endometriosis and determine the development of gestational and perinatal complications in 79.2% and 100% in external and internal endometriosis. The necessity of developing programs of prevention embryofetal dysfunction with endometriosis.

Современные достижения в изучении молекулярных процессов, происходящих в критические периоды развития беременности у женщин с эндометриозом (Э), свидетельствуют, что отдельные показатели, вовлечённые в патогенез гестационных осложнений и неблагоприятных перинатальных исходов, могут служить их потенциальными предикторами.

Цель исследования — выделить лабораторные паттерны доклинической стадии гестационных и перинатальных осложнений у беременных с Э. Обследованы 155 беременных с Э, составивших I группу (IA — 75 женщин с Э яичников и IB — 80 женщин с аденомиозом), 35 здоровых беременных составили II контрольную группу. Применялись иммуноферментный анализ, иммунолюминесцентный и биохимический методы исследования. Для статобработки применялась программа IBM SPSS Statistics 25 PS, лицензия №5725-A54. Ретроспективный анализ результатов обследования выявил схожую тенденцию изменений в IA и IB подгруппах. Однако при аденомиозе отклонения от референсных значений имеют более выраженный характер: в IB подгруппе средние значения ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α , ИФН- γ , СРБ увеличены по сравнению с IA в 1,3; 1,5; 1,5; 1,6 и 1,2 раза; относительно контроля показатели увеличены в IA подгруппе в 1,2; 2,4; 3; 2,1; 1,4 раза; в IB — в 1,5; 3,8; 4,4; 3,3; 1,6 раза соответственно.

Изменения маркёров провоспалительного статуса у здоровых беременных свидетельствуют о неспецифической воспалительной реакции в ответ на альтерацию децидуальной оболочки в процессе имплантации плодного яйца, инвазию цитотрофобласта, повреждение спиральных артерий с формированием гемохориального типа плацентации, и расцениваются нами в качестве «нормы беременности». При этом изменения, характерные для Э, укладываются в паттерн системного воспалительного ответа (СВО), выявленный у 100% беременных с ранними репродуктивными потерями на фоне Э. У беременных I группы отмечено выраженное ($p < 0,05$) повышение содержания ФРП, фибронектина, РФМК, Д-димера, циркулирующих эндотелиоцитов, лимфоцитов CD95+, что объясняет реализацию в данной группе УПБ с ретрохориальной гематомой, несостоявшегося аборта, преждевременных родов, ПН с ЗРП, ПЭ, ПОНРП. Согласно полученным данным, выявленные закономерности при внутреннем и наружном Э по маркёрам сосудисто-эндотелиальных и гемостазиологических нарушений укладываются в паттерн эндотелиально-гемостазиологической дисфункции (ЭГД), характерный для 100% наблюдений при Э. У беременных с Э выявлено значительное снижение гликоделина — на 45 и 36% соответственно наружному и внутреннему Э. Схожие изменения выявлены с I триместра по содержанию лептина. Резкое снижение лептина зафиксировано при неразвивающейся беременности, что свидетельствует о декомпенсации в эмбрио(фето)плацентарной системе. Данные изменения характеризуют паттерн функциональной недостаточности эндометрия (ФНЭ), выявленный в разной степени у всех женщин с Э. Маркёры лабораторных паттернов фиксировались за 4–5 нед до реализации акушерской патологии на фоне Э. В целом выделенные на преclinical стадии иммунометаболические паттерны — СВО, ФНЭ, ЭГД — патогенетически связаны с Э и определяют развитие гестационных и перинатальных осложнений в 79,2 и 100% при наружном и внутреннем Э соответственно. Лабораторный мониторинг паттернов СВО, ЭГД и ФНЭ позволяет рассматривать их в качестве индикаторов клинко-патогенетических вариантов эмбриоплацентарной дисфункции/недостаточности, отражающей резкое нарушение васкуло-ангиогенеза, дисметаболические, дисгормональные процессы, энергетического дисбаланс в репродуктивной системе. Полученные данные обосновывают необходимость разработки комплексной программы превентивных мероприятий, включающей догестационную подготовку, ведение ранних сроков беременности, профилактику поздних гестационных и перинатальных осложнений.

Литература

1. Ярмолинская М.И., Сейидова Ч.И. Влияние генитального эндометриоза на репродуктивную функцию и течение беременности // Журнал акушерства и женских болезней. — 2020. — №3 (69). — С. 47–56.
2. Гаспарян С.А., Ионова Р.М., Попова О.С., Хрипунова А.А. Эндометриоз и фертильность. Ключевые моменты лечения // Акушерство, гинекология и репродукция. — 2015. — Т. 9. — №4. — С. 66–72.
3. Радзинский В.Е., Оразов М.Р. Бесплодие и эндометриоз. Версии и контраверсии. — М., 2019. — 208 с.
4. Xin L., Cheng Z., Ying-Fang Z. et al. Endometriosis Fertility Index for Predicting Pregnancy after Endometriosis Surgery // Chin. Med. J. — 2017. — Vol. 130 (16). — P. 1932–1937.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРИКОНЦЕПЦИОННОЙ И АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПРЕВЕНЦИИ БОЛЬШИХ АКУШЕРСКИХ СИНДРОМОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Амосов М.С., ассистент кафедры;

Липатов И.С., докт. мед. наук, проф.;

Тезиков Ю.В., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой.

Самарский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1.

E-mail: kaf_ag1@samsmu.ru;

моб. тел.: +7 (846) 958 2418.

Метод этапной профилактики больших акушерских синдромов у женщин с эндометриозом путём назначения на прегравидарном этапе и ранних сроках гестации дидрогестерона до 20 нед и низких доз ацетилсалициловой кислоты с 12 до 36 нед беременности показал высокую эффективность (ЧБНЛ 2 [95% ДИ 1,1–3,7]; ОР 3,3 [95% ДИ 1,7–5,9] при $p < 0,05$), заключающуюся в снижении ПЭ на 72%, ПН с ЗРП на 96%, преждевременных родов на 86%, отсутствии ранних репродуктивных потерь, ПОНРП, тяжёлых форм ПЭ и ПН.

Method step prevention great obstetric syndromes in women with endometriosis by appointment to the pregravid stage and early gestation of dydrogesterone to 20 weeks and low dose aspirin from 12 weeks to 36 of pregnancy showed high efficiency (NNT 2 [95% CI 1,1 to 3,7]; OR 3,3 [95% CI 1,7 to 5,9], $p < 0,05$) lowering of PE by 72%, PI with FGR 96%, premature birth by 86%, the lack of early reproductive losses, PA, severe forms of PE and PI.

Актуальной проблемой акушерства и перинатологии остаётся достижение благоприятных гестационных и перинатальных исходов у женщин, страдающих эндометриозом (Э). В связи с оптимизацией методов преодоления бесплодия в последние годы отмечается рост числа беременных с данной патологией. Наиболее результативным подходом к решению проблемы «беременность и эндометриоз» является разработка эффективных методов превенции.

Цель исследования — оценить эффективность этапной прегравидарной и антенатальной профилактики гестационных и перинатальных осложнений у беременных с Э. Группы сравнения составили 255 беременных женщин, страдающих наружным и внутренним Э: I группу — 155 беременных с Э, отказавшихся от профилактических мероприятий; II группу — 100 беременных женщин с Э (IIA подгруппа — 50 женщин с наружным Э и IIB — 50 женщин с внутренним Э), которым в качестве прегравидарной подготовки назначался гестаген дидрогестерон (по 10 мг 3 раза в день с 11-го по 25-й день менструального цикла, при наступлении беременности периконцепционная подготовка дидрогестероном продолжалась до 20 нед, с 12 нед назначались низкие дозы ацетилсалици-

ловой кислоты по 125 мг в сутки до 36 нед). Средняя продолжительность прегравидарной подготовки составила 4,0 цикла. Кроме того, все женщины получали фолиевую кислоту по 800 мкг/сут, йодомарин по 250 мкг/сут. Для оценки эффективности разработанного метода превенции рассчитывались показатели размера эффекта превентивного лечебного вмешательства. Анализ клинического течения и исходов беременности у женщин с Э I группы показал, что ПН реализовалась в 100%, в том числе тяжёлые формы (с развитием ЗРП и хронической гипоксии плода) составили 85,8%; частота данного осложнения в группе с профилактическими мероприятиями составила 13%, тяжёлые формы — 4%. При отсутствии превенции ПЭ различной степени тяжести развилась у 15,5% беременных, причём ранняя ПЭ (до 34 нед) — у 10,3%. В I группе частота ПОНРП составила 5,8%, преждевременных родов — 24,5%, включая ранние — 16%. В группе с превентивным лечением реализация поздней ПЭ составила 3%, поздние преждевременные роды произошли в 3%, при этом отсутствовали ранние репродуктивные потери, ранняя ПЭ, ПОНРП, ранние преждевременные роды. Частота оперативного родоразрешения снизилась на 70%. Анализ обзорно-гистологического и гистостереометрического исследования плацент подтвердил более благоприятные исходы при проведении этапной превенции по разработанному методу. Во II группе компенсаторные реакции в плацентах были выражены сильнее, чем в I группе: $75,4 \pm 4,4$ против $20,8 \pm 5,8$. Более позитивные реакции в плацентах II группы подтвердил показатель сосудистого индекса в терминальных ворсинках: $0,43 \pm 0,016$ против $0,25 \pm 0,017$ в I группе. Показатели размера эффекта превентивного вмешательства составили: ЧИЛ — 36,1%, ЧИК — 12,2%, ОР — 3,3 [95% ДИ 1,7–5,9], ПОП — 196% [24,1–608], ПАП — 24% [7,6–36,7], ЧБНЛ — 2 [95% ДИ 1,1–3,7] при $p < 0,05$. Эффективность апробированного метода этапной превенции патологического течения беременности у беременных с Э, относящихся к группе высокого риска по эмбрио(фето)плацентарной недостаточности, заключается в снижении ПЭ на 93%, ПН с ЗРП и/или хронической гипоксии плода на 95%, преждевременных родов на 86%, отсутствии ПОНРП, тяжёлых форм ПЭ и ПН, оптимистичных стандартах доказательной медицины. Высокая клиническая результативность метода обосновывается выраженным периконцепционным и антенатальным противовоспалительным влиянием дидрогестерона и низких доз ацетилсалициловой кислоты, их нормализующим действием на иммунный и биохимический гомеостаз, процессы апоптоза и ангиогенеза, активацию эндотелиально-гемостазиологической системы, компенсаторно-приспособительные реакции в плаценте.

Литература

1. Федотчева Т.А., Шимановский Н.Л. Роль гестагенов в лечении эндометриоза // Проблемы эндокринологии. — 2018. — Т. 64. — №1. — С. 54–61.
2. Ucella S., Manzoni P., Marconi N. et al. Impact of Sport Activity and Physical Exercise on Obstetrical and Perineal Outcomes at Delivery: A Prospective Study // Am. J. Perinatol. — 2019. — Vol. S2 (36). — P. 591–598.
3. Ходжаева З.С., Холин А.М., Чулков В.С., Муминова К.Т. Ацетилсалициловая кислота в профилактике преэклампсии и ассоци-

урованных акушерских и перинатальных осложнений // *Акушерство и гинекология*. — 2018. — №8. — С. 12–18.

4. Пустотина О.А., Селиверстов А.А. Рандомизированное клиническое исследование эффективности дидрогестерона, 17-оксипрогестерона капрата и микронизированного прогестерона в профилактике позднего выкидыша и преждевременных родов у беременных с короткой шейкой матки // *Российский вестник акушера-гинеколога*. — 2017. — №1 (17). — С. 88–101.

5. Радзинский В.Е., Оразов М.Р. Бесплодие и эндометриоз. Версии и контраверсии. — М., 2019. — 208 с.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ПРОГРАММИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Вялкова А.А., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой;
Савельева Е.В., канд. мед. наук, доц. кафедры;
Плотникова С.В., ассистент кафедры;
Куценко Л.В., ассистент кафедры;
Чеснокова С.А., ассистент кафедры.
Оренбургский государственный медицинский университет, кафедра факультетской педиатрии.
E-mail: k_pediatriy@orgma.ru;
моб. тел.: +7 (922) 625 8875.

Патогенетическое воздействие перинатальных факторов в критические периоды развития ребёнка вызывает стойкие метаболические изменения и формирование патологии детского возраста¹⁻⁴. Наиболее распространёнными патогенетическими факторами перинатального стресса являются гипоксия плода, метаболические нарушения, токсические воздействия, приводящие к неконтролируемому окислительному стрессу на клеточном и тканевом уровне с развитием синдрома задержки внутриутробного развития плода и стойких патологических изменений органов и систем^{1,2}. Установлено, что постгипоксические поражения различных органов и систем приводят к появлению хронических заболеваний, в том числе органов эндокринной системы и почек^{5,6}.

The pathogenetic effect of perinatal factors in critical periods of child development causes persistent metabolic changes and the formation of childhood pathology¹⁻⁴. The most common pathogenetic factors of perinatal stress are fetal hypoxia, metabolic disorders, toxic effects that lead to uncontrolled oxidative stress at the cellular and tissue levels with the development of intrauterine growth retardation syndrome and persistent pathological changes in organs and systems^{1,2}. It has been established that posthypoxic lesions of various organs and systems lead to the appearance of chronic diseases, including the endocrine system and kidneys^{5,6}.

Цель исследования — оценить роль перинатальных факторов риска в формировании патологии почек и эндокринных заболеваний у детей.

Проведён ретроспективный анализ 950 историй развития ребёнка (форма 112) и историй болезни пациентов (форма 003) с эндокринными заболеваниями: сахарным диабетом 1-го типа (СД 1-го типа, n=300), ожирением (ЭКО, n=300) и аутоиммунным тиреодитом (АИТ, n=300) в возрасте от 1 до 17 лет за период 2009–2019 гг. Основную группу составили 450 пациентов со вторичным поражением почек при СД 1-го типа (n=150), ЭКО (n=150), АИТ (n=150). Группу сравнения составили 450 пациентов с СД 1-го типа (n=150), ЭКО (n=150), АИТ (n=150) без патологии почек. Контрольную группу составили 50 условно здоровых детей того же возраста. У всех участников оценены перинатальные факторы, генеалогический, инфекционный, аллергологический, социальный анамнез. Проведён анализ комплексного обследования детей с оценкой показателей углеводного, липидного, белкового обмена, перинатальной патологии, эндокринного и нефрологического статуса. 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 многофакторного анализа.

У детей с ренальной патологией при эндокринных заболеваниях по сравнению с детьми с эндокринопатиями без патологии почек и контрольной группы достоверно чаще встречались перинатальные факторы: хроническая внутриутробная гипоксия плода, угроза прерывания беременности, задержка внутриутробного развития плода и недоношенность (p<0,05). Наследственная отягощённость по патологии почек имела у 47,5 и 33,3% соответственно (p<0,05). Выявлены различия частоты обострений хронического и гестационного пиелонефрита у матерей в сравниваемых группах (p<0,05).

Доказана достоверная взаимосвязь перинатальных факторов с показателями эндокринологического и нефрологического здоровья детей на последующих этапах их развития.

У детей со вторичными нефропатиями при СД 1-го типа и ЭКО по сравнению с пациентами с эндокринопатиями без поражения почек и детей с АИТ достоверно чаще выявлены нарушения всех видов обмена с повышением уровня МАУ, дислипидемией и высоким уровнем ХС ЛПНП, ТАГ (p<0,05).

Установлена корреляционная взаимосвязь между задержкой внутриутробного развития плода (ЗВУР) и предрасположенностью к СД 1-го типа, ЭКО, дислипидемией в семье с формированием эндокринной и почечной патологии у детей.

Литература

1. Иванов Д.О. *Руководство по перинатологии*. — 2-е изд, испр. и доп. — Т. 1. — СПб.: Информ-Навигатор, 2019. — 936 с.
2. Иванов Д.О. *Руководство по перинатологии*. — 2-е изд, испр. и доп. — Т. 2. — СПб.: Информ-Навигатор, 2019. — 1592 с.
3. Вялкова А.А., Лебедева Е.Н., Афонина С.Н. и др. Заболевания почек и ожирение: молекулярные взаимосвязи и новые подходы к диагностике. *Обзор литературы // Нефрология*. — 2017. — Т. 21. — №3. — С. 25–38.
4. Лебедева Е.Н. Дислипидемия как патогенетический фактор формирования хронической болезни почек // *Нефрология*. — 2019. — Т. 23. — №5. — С. 56–64.
5. Савельева Е.В., Вялкова А.А., Куценко Л.В. Характеристика вторичного поражения почек у детей при сахарном

диабете // *Оренбургский медицинский вестник*. — 2017. — Т. V. — №3 (19). — С. 19–25.

6. Куценко Л.В. Клинико-патогенетическая характеристика нефропатий при эндокринной патологии у детей // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. — 2018. — Т. 63. — №4. — С. 309–312.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ- ПОТРЕБИТЕЛЬНИЦ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ДАННЫЕ КАТАМНЕЗА)

Галактионова М.Ю., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой¹;

Лисихина Н.В., канд. мед. наук, ассистент кафедры¹, ст. преподаватель кафедры криминалистики².

¹Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО;

²Сибирский юридический институт Министерства внутренних дел РФ (г. Красноярск).

E-mail: myugal@mail.ru;
моб. тел.: +7 (933) 3210867.

Рассматриваются данные катамнеза новорожденных, родившихся от матерей-потребительниц психоактивных веществ. Выявленные изменения состояния новорожденных определяют высокий уровень заболеваемости детей, которых можно отнести к группе риска с дальнейшим проведением мероприятий по реабилитации.

We consider the data of the catamnesis of newborns born to mothers who use psychoactive substances. The revealed changes in the condition of newborns determine the high level of morbidity of children who can be attributed to the risk group with further rehabilitation measures.

В последние годы отчетливо выявляется рост распространенности заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ. Помимо прямого воздействия на организм будущей матери, их употребление влияет на развитие плода, существенно повышает риск развития психических и физических отклонений у детей.

Нами были обследованы 65 недоношенных новорожденных от матерей, в анамнезе которых — употребление психоактивных веществ, в частности инъекционного героина (основная группа), и 37 доношенных новорожденных от женщин с физиологическим течением беременности — контрольная группа.

Средний гестационный возраст новорожденных основной группы составил 33,9±1,6 нед, у новорожденных контрольной группы — 39,1±0,7 нед. Показатели физического развития детей, родившихся от наркозависимых матерей, находились в широких пределах и зависели от

гестационного возраста: чем меньше срок гестации, тем меньшими были физические параметры новорожденного. Средняя масса тела 2075±275 г и средний рост 45,1±2,4 см наблюдались у новорожденных основной группы, у доношенных новорожденных соответственно: 3475,3±415,1 г и 53,5±1,4 см. Частота синдрома задержки внутриутробного развития в основной группе составила 60,5%, а в контрольной группе — 7,1%. Чаще данная патология у недоношенных протекала по гипотрофическому варианту, реже — по гипопластическому и диспластическому. По-видимому, высокая встречаемость данного синдрома связана с токсическим воздействием наркотического вещества на процесс беременности и развития плода.

На момент осмотра состояние доношенных новорожденных было оценено как удовлетворительное или близкое к нему у 32 детей (82,1%), средней степени тяжести — у пяти детей (17,9%). Новорожденные от наркозависимых матерей распределились следующим образом: в удовлетворительном или близком к нему состоянии находились два ребенка (3,1%), средней степени тяжести — 32 новорожденных (49,2%), остальные — 31 новорожденный (47,7%) — в тяжелом состоянии, из них в крайне тяжелом состоянии — семь детей. Тяжесть состояния обследованных недоношенных детей в основном была обусловлена гестационным возрастом ребенка, наличием респираторного дистресс-синдрома новорожденного, острой дыхательной недостаточностью шунто-диффузного и смешанного генеза, неврологической симптоматикой. Психоактивные вещества оказывают повреждающее воздействие на центральную нервную систему. Поражение центральной нервной системы различного генеза встречалось у большинства обследуемых детей. Диагноз церебральной ишемии выставлен у семи доношенных новорожденных и почти у всех недоношенных новорожденных (у 63 детей; 96,7%). У доношенных данная патология протекала в легкой форме, у недоношенных церебральная ишемия диагностирована от легкой до тяжелой степени. Симптомы церебральной ишемии первой степени с синдромом повышенной или пониженной нервно-рефлекторной возбудимости выявлены у 12 новорожденных (19,04%), состояние которых при рождении было ближе к удовлетворительному или средней тяжести и стабилизировалось к концу неонатального периода. Церебральная ишемия второй степени с синдромами повышенной или пониженной нервно-рефлекторной возбудимости, внутричерепной гипертензии, вегето-висцеральных дисфункций выявлена у 42 новорожденных (66,6%), а церебральная ишемия 3-й степени диагностирована (с преобладанием синдрома пониженной нервно-рефлекторной возбудимости: гипотонией и гипорефлексией) у 11 новорожденных (17,4%).

Распространенность развития абстинентного синдрома у новорожденных в основной группе составила 26,1% — 17 новорожденных. При анализе выявленный абстинентный синдром проявился в виде повышения нервно-мышечной возбудимости, нарушения сна, судорожной готовности, монотонного резкого крика у ребенка, гипертермии.

Таким образом, данные катамнеза новорожденных от матерей, в анамнезе которых употребление психоактивных веществ, показали рождение детей с высоким уровнем заболеваемости, что необходимо учитывать в дальнейших мероприятиях по реабилитации.

Литература

1. Балашова Т.И., Каширская Е.И., Ташлыкотова Л.А. Особенности состояния сердечно-сосудистой системы детей, рождённых алкоголь-опий-зависимыми женщинами // *Материалы юбилейной 10-й межрегиональной научно-практической конференции «Кардиология и кардиохирургия: инновационные решения».* — Астрахань, 2016. — С. 19–23.

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ СНИЖЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Горев В.В., канд. мед. наук, главный внештатный специалист неонатолог Департамента здравоохранения Москвы, главный врач¹;

Михеева А.А., канд. мед. наук, зав. организационно-методическим отделом по неонатологии²;

Турти Т.В., докт. мед. наук, проф. кафедры факультетской педиатрии³, главный научный специалист⁴, специалист организационно-методического отдела по неонатологии⁵.

¹Морозовская детская городская клиническая больница;

²Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента;

³Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова;

⁴Центральная клиническая больница РАН;

⁵Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента.

E-mail: omoneodzm@mail.ru;
моб. тел.: +7 (926) 319 8218.

Анализ динамики младенческой смертности и значимых факторов, влияющих на показатель и позволяющих разрабатывать современные эффективные стратегии по её снижению.

Analysis of the dynamics of infant mortality and significant factors, influencing on this index and making it possible to develop contemporary effective strategies on its decrease.

Показатели младенческой смертности (МС) в Москве продолжают снижаться: в 2018 г. — 5,1‰; в 2019 г. — 4,8‰, за 10 мес 2020 г. — 3,4‰. Из числа умерших детей в младенческом возрасте на неонатальный период приходится 60%, к 3 мес жизни доля умерших достигает 76–86%. В структуре МС доля детей, родившихся с крайне низкой массой тела, составляет около 1/3 (35,7%, т.е. 183/513 в 2018 г.), 31,3% — 138/441 в 2019 г., 33,3% — 90/270 в 2020 г.). Выживаемость в АС составила: в 2018 г. — 81,7% (343/420); в 2019 г. — 83,3% (309/371); за период 10 мес 2020 г. — 83,1% (226/272); к первому году жизни: в 2018 г. — 56,4% (237/420); в 2019 г. — 62,8% (233/371); за период 10 мес 2020 г. — 66,1% (180/272). В структуре МС детей, умерших в родильных домах и стационарах Департамента здравоохранения города Москвы, по месту регистрации их матерей отмечается

увеличение доли иногородних: в 2018 г. — 40,4% (207/513); в 2019 г. — 44,7% (197/441); за период 10 мес 2020 г. — 46,7% (126/270). В структуре причин летальных исходов (за 10 мес 2020 г.) преобладают состояния, возникающие в перинатальном периоде, — 60,4% (163/270), причем доля инфекционной патологии (внутриутробная инфекция 23,9% [39/163], врождённая пневмония 18,4% [30/163], сепсис 4,3% [7/163]) составляет 46,6% (163/270). Врождённые пороки развития (ВПР) занимают 2-е место — 28,15% (76/270) с долевым участием: врождённые пороки сердца (Q 20–28) — 32,9% (25/76), множественные врождённые пороки развития (Q 87–89) — 44,1% (32/76).

Учитывая, что представленные факторы существенно влияют на показатели МС, в регионе разработан, утверждён, активно внедряется и совершенствуется план мероприятий по её снижению. Современные меры, направленные на снижение МС, включают, но не ограничиваются:

- профилактикой преждевременных родов;
- медико-социальной помощью беременным в трудной жизненной ситуации (в том числе иногородним, эмигрантам);
- проведением генетического консультирования семей, имеющих случаи врождённых пороков развития плода, на этапе планирования беременности;
- проведением кариотипирования супругов;
- контролем маршрутизации беременных, новорождённых, нуждающихся в специализированной помощи (ВПР, хирургическая патология);
- проведением скрининга новорождённых с целью раннего выявления врождённых пороков сердца;
- системой мониторинга состояния здоровья и восстановительного лечения детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ;
- разработкой и внедрением электронного микробиологического мониторинга акушерских стационаров по отделениям на базе ЕМИАС;
- расширением обязательного обследования беременных женщин на бактериальные внутриутробные вирусные и паразитарные инфекции;
- обеспечением 100% охвата беременных бактериологическим обследованием отделёмого из цервикального канала в 34–36 нед беременности;
- использованием в практике отделений детской реанимации и интенсивной терапии оценки тяжести органной дисфункции pSOFA с прогнозированием исхода у каждого пациента ОРПНТ;
- строгим соблюдением рекомендаций «политики чистых рук», WAO;
- комплексной поддержкой грудного вскармливания.

Литература

1. Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н. Младенческая смертность в Российской Федерации в условиях новых требований к регистрации рождения. — М.: Педиатр, 2016. — 88 с.
2. Баранов В.А., Альбицкий В.Ю. Смертность детского населения в России. — М.: Изд-во Союза педиатров России, 2013. — 387 с.
3. Горев В.В., Михеева А.А. Динамика младенческой смертности в городе Москве // II Научно-методический форум организаторов здравоохранения с международным участием.



МЕЖДУНАРОДНАЯ ШКОЛА-ИНТЕНСИВ

УЗИ В ПРАКТИКЕ акушера-гинеколога: ОТ ОСНОВ К ВЫСОТАМ

2651

общее количество
докторов, прошедших
обучение
в 2020 году

Бestseller среди школ StatusPraesens!

Самые актуальные критерии мировых гайдлайнов • Ведущие российские и международные эксперты репродуктивной медицины и УЗИ-диагностики • Разбор правовых аспектов работы врача с юристами, специализирующимися на медицинском праве • Интерактивное обучение, тестирование и полезные материалы от спикеров • Виртуальный круглый стол со слушателями, ответы на самые частые вопросы • Баллы НМО и именной сертификат о прохождении школы

Руководители и идейные вдохновители школы



Радзинский Виктор Евсеевич,

засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, вице-президент РОАГ, президент МАРС (Москва)



Емельяненко Елена Сергеевна,

канд. мед. наук, главный специалист пренатальной УЗИ-диагностики Управления здравоохранения Ростова-на-Дону, доц. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО РУДН, эксперт МАРС (Москва–Ростов-на-Дону)

Расписание школ на 2021 год

Основная школа

для опытных и продвинутых акушеров-гинекологов, специалистов УЗИ-диагностики, стремящихся повысить уровень компетенции.

📅 19–20 февраля 2021 года

в рамках VII Общероссийской конференции с международным участием «Перинатальная медицина: от преградной подготовки к здоровому материнству и детству»

РЕГИСТРАЦИЯ



📅 19–21 апреля 2021 года

📅 16–18 июня 2021 года

📅 23–25 ноября 2021 года

Основная школа + Базовый курс

в рамках XV Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»

📅 5–6 сентября 2021 года

Базовый курс в рамках школы

- для врачей, получивших сертификат УЗИ в акушерстве и гинекологии
- планирующих получить вторую специальность и действительно практические навыки
- опытных, которые хотят освежить в своей памяти методические основы выполнения исследования

📅 10–12 марта 2021 года

📅 17–19 мая 2021 года

📅 26–28 октября 2021 года

📅 15–17 декабря 2021 года

Следите за новостями на сайте praesens.ru



StatusPraesens
profmedia



ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН: ОТ РАННЕГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ К ПРОФИЛАКТИКЕ

*Епишкина-Минина А.А., аспирант кафедры;
Хамошина М.Б., докт. мед. наук, проф., проф.
кафедры.*

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

E-mail: minina.aleksandra2013@ya.ru;

моб. тел.: +7 (961) 154 0085.

В результате когортного проспективного исследования показана вероятность развития гестационного сахарного диабета (ГСД), равная 9%. Определены предикторы риска развития ГСД, пригодные для его оценки в I триместре беременности (возраст женщины, индекс массы тела (ИМТ), уровни глюкозы, гемоглобина, HbA1c и сывороточного железа в сыворотке крови в I триместре гестации), разработана математическая модель раннего прогнозирования развития ГСД у беременных. В исследовании показана экономическая эффективность применения модели раннего прогнозирования и необходимость своевременной профилактики ГСД.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет, ранняя диагностика, гликированный гемоглобин, сывороточное железо, экономическая эффективность.

A cohort prospective study showed a 9% chance of developing gestational diabetes mellitus (GDM). The risk predictors of GDM development suitable for its assessment in the I trimester of pregnancy (woman's age, body mass index (BMI), glucose, hemoglobin, HbA1 and serum iron levels in the blood serum in the I trimester of gestation) were determined. A mathematical model for early prediction of GDM onset in pregnant women was developed. Cost effectiveness of early antenatal prediction and necessity of appropriate preventive measures was shown in the study.

Keywords: gestational diabetes mellitus, early diagnosis, glycated hemoglobin, serum iron, cost effectiveness.

Гестационный сахарный диабет (ГСД) является междисциплинарной проблемой, в течение последних десятилетий все ещё далекой от окончательного решения¹. Во всём мире распространённость ГСД растёт, показатели в общей популяции разных стран варьируют от 1 до 14%, а рост заболеваемости превысил 30% за последние три десятилетия²⁻⁴. Примерно половина женщин с диагнозом ГСД подвержены риску развития сахарного диабета (СД) 2-го типа в течение следующих 10–30 лет после беременности⁵.

Запоздалая диагностика и коррекция ГСД приводит к развитию таких серьёзных патологий беременности, как плацентарная недостаточность, недонашивание, преэклампсия, что в свою очередь повышает частоту осложнённых родов и кесарева сечения. Помимо краткосрочных метаболических и адаптационных нарушений

в неонатальном периоде у потомства от матерей с ГСД наблюдаются отдалённые последствия, такие как ожирение, метаболический синдром и нарушение толерантности к глюкозе⁶⁻⁸. Влияние, которое ГСД и его последствия оказывают на здоровье населения и экономику здравоохранения, является существенным, поскольку ГСД ассоциируется с заметно повышенным риском неблагоприятного исхода для матери и ребёнка как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. Неблагоприятные эффекты, ассоциированные с этим заболеванием, реализуются посредством нарушения биохимических процессов в системе «мать — плацента — плод». Так, у женщин с ГСД чаще других развиваются осложнения беременности, такие как преэклампсия и плацентарные нарушения, а их потомство подвержено более высокому риску развития краткосрочных неблагоприятных исходов (макросомия, неонатальная гипогликемия и неонатальная кардиопатия), а также долгосрочных осложнений (ожирение, нарушение толерантности к глюкозе и сахарный диабет)⁹. Именно поэтому крайне необходимо выработать стратегию, направленную на оптимизацию управления гестационным сахарным диабетом, включающую раннее выявление беременных группы риска, своевременную диагностику и эффективную профилактику развития ГСД и связанных с ним осложнений.

Цель исследования — определить предикторы риска ГСД и разработать модель математического прогноза риска развития заболевания, пригодную для применения в первом триместре беременности. Оценить экономическую эффективность раннего прогнозирования ГСД как способа снижения финансовой нагрузки на систему здравоохранения.

Материалы и методы. Настоящее исследование было когортным и проспективным. Исследуемую и контрольную группы формировали из числа 1140 женщин, вставших в 2018 г. на учёт по беременности до 12 нед гестации в женскую консультацию Никулино городской клинической больницы им. В.В. Виноградова Департамента здравоохранения г. Москвы. Женщины находились под наблюдением в течение всей беременности, от момента постановки на учёт до родов. Критериями включения в исследование служили согласие на участие в исследовании, возраст 20–35 лет, одноплодная самопроизвольная беременность, отсутствие отягощённого гинекологического анамнеза, вредных привычек и болезней эндокринной системы. В соответствии с этими критериями были отобраны 357 женщин, которым, помимо обследования в соответствии с Приказом Минздрава РФ №572н, при постановке на учёт определяли сывороточный уровень гликированного гемоглобина (HbA1c). Из них в исследуемую группу вошли беременные с развившимся ГСД (n=32), в контрольную — 61 женщина с физиологическим течением беременности и родов. Статистическую обработку массива данных производили с помощью пакета программ Statistica 8.0. Помимо описательной статистики применяли ROC-анализ и метод бинарной логистической регрессии. Достоверность различий определяли с помощью критериев Стьюдента, Манна–Уитни, χ^2 и методом Пирсона, различия между показателями считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Экономическая эффективность оценивалась путём сравнения затрат на дополнительные лабораторные исследования (отсутствующие в стандартах обследования

при постановке на учёт — HbA1c) и прогнозируемого снижения финансовой нагрузки на систему здравоохранения посредством уменьшения числа пациентов (как женщин, так и детей) с осложнениями, развившимися в результате ГСД.

Результаты. Частота регистрации ГСД в изучаемой когорте при проспективном наблюдении составила 8,96%. Проведённый анализ показал, что предикторами риска развития ГСД, пригодными для его оценки в первом триместре беременности, являются возраст женщины, индекс массы тела (ИМТ), уровни глюкозы, гемоглобина, HbA1 и сывороточного железа в сыворотке крови. Средний возраст беременных исследуемой группы составил $29,1 \pm 2,4$ года, контрольной — $26,4 \pm 2,3$ года ($p < 0,01$), средний ИМТ соответственно — $26,8 \pm 2,4$ и $23,1 \pm 2,0$ балла. Уровень глюкозы более $4,8$ ммоль/л в исследуемой группе был отмечен у 78,1%, в контрольной — у 8,2% женщин ($p < 0,01$). При оценке прогностической значимости уровня HbA1c для риска развития ГСД с помощью ROC-анализа площадь под ROC-кривой составила $0,87 \pm 0,04$ (95% ДИ $0,78-0,950$). Модель была статистически значимой ($p < 0,001$), чувствительность модели была равна 81,3%, специфичность — 80,3%. Значение содержания HbA1в точке cut-off составило 4,85%, то есть при величине показателя ниже 4,85% можно предполагать отсутствие ГСД, при значениях $\geq 4,85\%$ — высокий риск его развития. При оценке прогностической значимости уровня сывороточного железа для риска развития ГСД с помощью ROC-анализа площадь под ROC-кривой составила $0,85 \pm 0,05$ (95% ДИ $0,76-0,94$). Модель была статистически значимой ($p < 0,001$), чувствительность её составила 84,4%, специфичность — 82,0%. В точке cut-off уровень сывороточного железа составил $10,7$ нг/мл. Значения $\leq 10,7$ нг/мл соответствовали высокому риску ГСД, выше $10,7$ нг/мл — указывали на низкую вероятность его развития. При оценке прогностической значимости гемоглобина для риска развития ГСД при ROC-анализе площадь под ROC-кривой составила $0,87 \pm 0,03$ (95% ДИ $0,81-0,94$). Модель была статистически значимой ($p < 0,001$), уровень гемоглобина в точке cut-off составил $109,5$ г/л. С помощью метода бинарной логистической регрессии была разработана прогностическая модель $P = 1 / (1 + e^{-z}) \times 100\%$, при этом $z = -54,8 + 0,19 \times \text{ХВОЗ} + 0,89 \times \text{ХИМТ} + 4,3 \times \text{ХГЛЮ} + 5,92 \times \text{ХГЛИГ} - 0,2 \times \text{ХСЫВЖ} - 0,17 \times \text{ХГЕМ}$, где P — вероятность наличия ГСД (%), ХВОЗ — возраст женщины (полных лет), ХИМТ — индекс массы тела ($\text{кг}/\text{м}^2$), ХГЛЮ — содержание глюкозы в сыворотке крови (ммоль/л), ХГЛИГ — уровень гликированного гемоглобина (%), ХСЫВЖ — содержание сывороточного железа в крови (нг/мл), ХГЕМ — содержание гемоглобина в крови (г/л). Риск развития ГСД имеют беременные, у которых $P \geq 50\%$. Кроме того, нами был проведён анализ экономической эффективности раннего прогнозирования ГСД, исходя из показателей дородовой и послеродовой госпитализации беременных, а также частоты осложнений для матери и ребёнка. В результате оценки соотношения показателей дородовой и послеродовой госпитализации, частоты родоразрешения путём операции кесарева сечения, частоты развития преэклампсии, а также затрат на выхаживание новорождённых у здоровых женщин и пациенток с ГСД были получены результаты, подтверждающие экономическую целесообразность использования разработанной нами модели с целью снижения финансовой нагрузки на систему здравоохранения вплоть до 3,5 млн рублей на 100 предотвращённых случаев развития ГСД.

Заключение. В современной популяции здоровых жительниц г. Москвы оптимального репродуктивного возраста вероятность верификации ГСД составляет 9%. Группу риска формируют женщины, имеющие к моменту постановки на учёт ИМТ $\geq 24,4$ $\text{кг}/\text{м}^2$ и факт определения в I триместре уровней гликированного гемоглобина $\geq 4,85\%$, гемоглобина $\leq 109,5$ г/л и сывороточного железа $\leq 10,7$ нг/мл. Для математического прогноза может использоваться предложенная математическая модель. Результаты анализа показали экономическую эффективность применения модели раннего прогнозирования и необходимость своевременной профилактики ГСД.

Литература

1. Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Апресян С.В. и др. Сахарный диабет и беременность. Часть II. Диагностика и компенсация заболевания — ключ к успеху // Доктор.Ру. — №9 (68) — Ч. 1. Гинекология. — 2011. — С. 43–48.
2. Ogurtsova K., da Rocha Fernandes J.D., Huang Y. et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040 // Diabetes Res Clin Pract. — 2017. — Vol. 128. — P. 40–50.
3. Zhu Y., Zhang C. Prevalence of Gestational Diabetes and Risk of Progression to Type 2 Diabetes: a Global Perspective // Curr. Diab. Rep. — 2016. — Vol. 16 (1).
4. Xie K., Chen T., Zhang Y. et al. Association of rs10830962 polymorphism with gestational diabetes mellitus risk in a Chinese population // Sci Rep. — 2019. — Vol. 9 (1). — 5357 p.
5. Aroda V.R., Christophi C.A., Edelstein S.L. et al. The Effect of Lifestyle Intervention and Metformin on Preventing or Delaying Diabetes Among Women With and Without Gestational Diabetes: The Diabetes Prevention Program Outcomes Study 10-Year Follow-Up // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. — 2015. — Vol. 100 (4). — P. 1646–1653.
6. Ovesen P.G., Jensen D.M., Damm P. et al. Maternal and neonatal outcomes in pregnancies complicated by gestational diabetes: a nation-wide study // The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. — 2015. — Vol. 28 (14). — P. 1720–1724.
7. Kautzky-Willer A., Harreiter J., Bancher-Todesca D. et al. Gestational diabetes mellitus // Wien. Klin. Wochenschr. — 2016. — Vol. 128 (2). — P. 103–112.
8. Эпигеномика, гестационное программирование и риск метаболического синдрома // Международный журнал ожирения. — 2020.
9. HAPO Study Cooperative Research Group. The hyperglycemia and adverse pregnancy outcome (HAPO) study // Int. J. Gynecology Obstetrics. — 2002. — Vol. 78 (1). — P. 69–77.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ В I ТРИМЕСТРЕ

Кира Е.Ф., засл. деятель науки РФ, засл. врач РФ,
докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой;
Расторгуева Л.И., ассистент кафедры;
Апресян С.В., докт. мед. наук, проф. кафедры;
Карасова А.А., ассистент кафедры.

Национальный медико-хирургический центр
им. Н.И. Пирогова, кафедра женских болезней
и репродуктивного здоровья.
E-mail: Lara_rastor@mail.ru;
моб. тел.: +7 (916) 609 8307.

Перспективный анализ ведения 24 беременных в I триместре с диагнозом «бактериальный вагиноз» (БВ) показал, что применение молочной кислоты (100 мг) является эффективным и безопасным лекарственным средством лечения бактериального вагиноза, способствующим улучшению микробиоты влагалища, благоприятному течению беременности и исходу родов. Полученные результаты свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности молочной кислоты у беременных женщин в I триместре при лечении БВ.

Ключевые слова: ковид, пролактин, депрессия, гормоны, бесплодие, стресс.

A prospective analysis of the management of 24 pregnant women in the first trimester diagnosed with bacterial vaginosis (BV) showed that the use of lactic acid (100 mg) is an effective and safe drug for the treatment of bacterial vaginosis, contributing to improved vaginal microbiota, favorable course of pregnancy and birth outcome. The results show high therapeutic efficacy of lactic acid in pregnant women in the first trimester in the treatment of BV.

Keywords: hormones, infertility, stress, covid, prolactin, depression.

Бактериальный вагиноз (БВ) относится к наиболее распространённым инфекционным патологическим процессам в акушерско-гинекологической практике. Частота его встречаемости во время беременности достигает 40%. Последствия нарушения микробиоты влагалища у беременных женщин ассоциированы с неразвивающейся беременностью на ранних сроках, увеличением количества выкидышей, преждевременными родами, послеродовыми эндометритами и др. Поэтому поиск, разработка и внедрение в клиническую практику эффективных и безопасных методов лечения БВ во время беременности остаётся важной медико-социальной задачей на современном этапе.

Цель исследования — изучение эффективности и безопасности применения лекарственного препарата, содержащего 100 мг молочной кислоты в форме вагинальных суппозиториях, в лечении бактериального вагиноза у беременных женщин в I триместре беременности.

В исследование были включены 24 беременные женщины в возрасте от 18 до 37 лет (в среднем $29,87 \pm 4,83$ года) с диагнозом «беременность раннего срока, бактериальный вагиноз». Срок беременности среди обследованных женщин, при котором был установлен диагноз БВ, колебался от 7 до 12 нед. Диагноз БВ выставляли по критериям Амседа: наличие патологических выделений; pH во влагалище $>4,7$; положительный аминотест; обнаружение ключевых клеток при микроскопии вагинальных мазков. Дополнительно для оценки состояния микробиоты влагалища использовался метод ПЦР в реальном времени («Фемофлор-16»). Строго учитывались критерии включения/невключения в соответствии с международными стандартами хорошей клинической

практики. Все включённые в исследование пациентки интравагинально получали суппозитории, содержащие 100 мг молочной кислоты, 1 раз в сутки (на ночь) в течение 10 дней. После окончания лечения оценивали отсутствие жалоб, клинических симптомов и лабораторных признаков через 7 и 30 дней после последнего суппозитория. Общая продолжительность участия каждой пациентки в исследовании составила полный период до родоразрешения.

Результаты исследования. До начала лечения все беременные предъявляли жалобы на обильные выделения из влагалища, 23 из них — с неприятным запахом, 13 женщин беспокоило чувство жжения, зуд, дизурические явления. У 11 женщин в анамнезе были замершие беременности и/или самопроизвольные выкидыши, у трёх преждевременные роды.

Через 10 дней после окончания лечения у всех пациенток исчезли жалобы на обильные выделения, неприятный запах, зуд и жжение. Количественное выражение выделений до лечения составляло $1,67 \pm 0,56$ балла. Сразу после его окончания и через 1 мес этот показатель составил $0,42 \pm 0,50$ ($-75,00\%$) и $0,00 \pm 0,00$ ($-100,00\%$) соответственно ($p < 0,0001$).

По данным микроскопии мазков влагалища морфотипы лактобактерий до лечения обнаруживались лишь у 12,5% беременных, а после лечения — у 87,5% и через 1 мес — у 100%.

Похожая динамика наблюдалась по показателям pH-метрии. До лечения pH $<4,7$ отмечен у 100% беременных, сразу после лечения pH $<4,7$ отмечен только у 2,9% беременных. Ещё через 1 мес низкая кислотность во влагалище была лишь у 1,4% женщин.

То же самое наблюдалось и в динамике ключевых клеток, которые обнаруживались у 100% обследованных беременных до лечения и -24 ($-100,0\%$) сразу после лечения, сохраняясь в дальнейшем на том же уровне ($p < 0,0001$).

Самыми убедительными оказались результаты анализа динамики некоторых штаммов БВ-ассоциированных микроорганизмов по данным ПЦР в реальном времени («Фемофлор-16»). Количество лактобактерий возросло с $\lg 105,21 \pm 2,02$ ГЭ/мл при первичном исследовании до $\lg 106,58 \pm 0,72$ ГЭ/мл ($p = 0,0051$) через 1 мес после лечения. Во же время количественные показатели *Gardnerella vaginalis* / *Prevotella bivia* / *Porphyromonas spp.* до лечения превышали физиологические значения — $\lg 105,12 \pm 2,13$ ГЭ/мл, но после лечения через 1 мес не обнаруживались (-100% ; $p < 0,0001$). Аналогично количество *Eubacterium spp.* снизилось с $\lg 105,54 \pm 1,47$ до $\lg 100,50 \pm 1,02$ ГЭ/мл ($-90,24\%$; $p < 0,0001$).

Ни у одной беременной женщины через месяц после окончания терапии не выявлено рецидивов БВ. Непереносимости молочной кислоты и нежелательных явлений, связанных с применением изучаемого препарата, не зарегистрировано. Течение беременности и исходы родов были благоприятными, преждевременных родов или преждевременного разрыва плодных оболочек (ранее 37 нед) не выявлено. Все дети рождены здоровыми. Полученные результаты свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности молочной кислоты у беременных женщин в I триместре при лечении БВ.

Заключение. Молочная кислота (100 мг) является эффективным и безопасным лекарственным препаратом с антибактериальными и иммунокорригирующими

свойствами (улучшающими состояние микробиоты влагалища у женщин в I триместре беременности) обеспечивающим нормальное течение беременности и благоприятные исходы родов.

ПРОФИЛАКТИКА ЯТРОГЕННОЙ КОАГУЛОПАТИИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ, ОСНОВАННАЯ НА МОНИТОРИНГЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА

Клименкова В.Ф., канд. мед. наук, ассистент
кафедры¹, анестезиолог-реаниматолог².

Руководитель: **Тютрин И.И.**, докт. мед. наук, проф.,
проф. кафедры¹.

¹Сибирский государственный медицинский университет,
кафедра анестезиологии, реаниматологии
и интенсивной терапии;

²областной перинатальный центр им. И.Д. Евтушенко
(г. Томск).

E-mail: klimenkovavf@gmail.com;
моб. тел.: +7 (913) 8044197.

Мониторинг гемостатического потенциала при кесаревом сечении у 50 пациенток показал, что формируется, не гипо-, а гиперкоагуляционное его состояние с активацией фибринолитической и противосвёртывающей систем, что важно учитывать при подборе инфузионной терапии для профилактики ятрогенной коагулопатии.

Monitoring of hemostatic potential in cesarean section in 50 patients showed that, not hypo-, but hypercoagulable state with activation of fibrinolytic and anticoagulant systems is formed, which is important when choosing infusion therapy for the prevention of iatrogenic coagulopathy.

В условиях интраоперационной кровопотери изменяются состояние системной и регионарной гемодинамики и, следовательно, состояние гемостатического потенциала (ГП). Характер анестезиологического пособия, в частности симпатический блок при спинальной анестезии (СА), также оказывает влияние на системную гемодинамику, а следовательно, и на состояние ГП.

Цель исследования — продемонстрировать необходимость мониторинга ГП и персонализированной коррекции инфузионной терапии (ИТ) для обеспечения профилактики ятрогенной коагулопатии при кесаревом сечении (КС).

Исследование выполнено у 50 пациенток с доношенным сроком в периоперационном периоде планового КС (средний возраст 26,4±3,2 года) под СА при кровопотере до 1000 мл. Оценку ГП производили на пьезотромбоэластографе (ПТЭГ) АРП-01М «Меднорд» (ФРС №2010/09767): первое исследование проводили до начала КС для определения базального фенотипа ГП

беременной, второе — после выполнения спинальной анестезии, третье — по окончании хирургического гемостаза матки (завершение самого «кровового» этапа операции, предварительная оценка кровопотери, расчёт объёма ИТ), четвертое — по окончании операции и ИТ, через 2 часа после КС, пятое — в позднем послеоперационном периоде в день операции. Забор крови осуществляли трёхкомпонентным шприцем объёмом 1 мл с иглой 26G и в течение 10 сек помещали по 450 мкл цельной нестабилизированной крови в кювету ПТЭГ. Критериями исключения являлись: наличие анемии, эстрагениальной патологии в фазе обострения, преэклампсии, терапия антиагрегантами, антикоагулянтами, антифибринолитиками. Оценивали все этапы фибриногенеза, от инициации до образования поперечно-сшитого фибрина (ПФС): начальный этап коагуляции (ΔA, T₁); протеолитический этап (KTA — константа тромбиновой активности, «точка желирования» [ТЖ] T₃ — время свёртывания крови, ИКД — интенсивность коагуляционного драйва); полимеризационный этап (интенсивность полимеризации сгустка [ИПС]; время образования ПФС [T₅]; максимальная плотность сгустка [МА]; коэффициент суммарной противосвёртывающей активности [КСПА]; интенсивность ретракции и лизиса сгустка [ИРЛС]). Выбор инфузионных сред для периоперационного восполнения ОЦК на фоне кровопотери до 1000 мл осуществляли, учитывая результаты оценки базального фенотипа ГП женщины (раствор Рингера, МОСФАРМ, [Россия], pH=6,0; стерофундин изотонический, pH=5,1–5,9; гелофузин, В. BRAUN MELSUNGEN, AG [Германия], pH=7,1–7,7). Оценку кровопотери осуществляли гравиметрическим способом, объём инфузии составлял 1500–1800 мл.

При прочих равных условиях (все женщины имели сопоставимые, находящиеся в диапазоне нормальных значений показатели pH крови и гематокрита [Ht]) на фоне взаимодействия с инфузионными средами наблюдается активация сосудисто-тромбоцитарного (ΔA, T₁) и коагуляционного (KTA, T₃, ИКД, ИПС, T₅, МА) звеньев системы гемостаза с компенсаторным усилением противосвёртывающей (КСПА) и фибринолитической активности (ИРЛС) как результат аллостатической реакции на кровопотерю и как эффект влияния на ГП инфузионной среды. Гиперкоагуляционный сдвиг на протеолитическом и полимеризационном этапах был минимален при применении гелофузина на фоне поддержания нормотермии пациенток (использование подогретых инфузионных растворов, поддержание оптимальной температуры в операционной). Таким образом, мониторинг ГП показал, что компенсаторные механизмы аллостатической реакции ГП, находящиеся в рамках базального фенотипа ГП здоровых беременных сибирской популяции, приводят к формированию не гипо-, а гиперкоагуляционного состояния ГП с активацией фибринолитической и противосвёртывающей систем. Включение кристаллоидов в стартовую ИТ способствует активации сосудисто-тромбоцитарного компонента и только при неправильной эмпирически назначаемой ИТ и истощении резервов (коагулопатия потребления) переходит в фазу гипокреагуляции, которую, как правило, и имеют в виду, говоря о дилуционной коагулопатии в отсутствие средств динамического контроля за происходящим. Динамический мониторинг ГП и подбор оптимальной комбинации инфузионных сред необходимы для профилактики развития ятрогенной коагулопатии при КС.

Литература

1. Каиров Г.Т., Тютрин И.И., Удут В.В., Клименкова В.Ф. Информативность «глобальных» тестов в оценке функционального состояния системы гемостаза здоровых женщин // Тезисы 3-го Всемирного конгресса «Тромбоз, гемостаз и реология». — 2016. — С. 184–185.
2. Кишкун А.А. Клиническая лабораторная диагностика: Учебное пособие. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 976 с.
3. Тютрин И.И., Удут В.В. Низкочастотная пьезотромбоэластография цельной крови: алгоритмы диагностики и коррекции гемостазиологических расстройств. — Томск: Национальный исследовательский Томский государственный университет, 2016. — 170 с.
4. Тютрин И.И., Удут В.В., Клименкова В.Ф. Функциональное состояние системы гемостаза беременных, по данным «глобального» теста низкочастотной пьезотромбоэластографии // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. — 2014. — №58 (2). — С. 61–67.
5. Тютрин И.И. Влияние гипотермии на состояние гемостатического потенциала у здоровых лиц // Российский кардиологический журнал: Сборник тезисов. — ООО «Силеця-Полиграф», 2020. — Т. 25. — №51. — С. 14–15.
6. Hemker H.C., Wielders S., Kessels H. et al. Continuous registration of thrombin generation in plasma, its use for the determination of the thrombin potential // *Thromb. Haemost.* — 1993. — Vol. 70 (4). — P. 617–624.
7. Wolberg A.S. Thrombin generation and fibrin clot structure // *Blood Reviews.* — 2007. — Vol. 21. — №3. — P. 131–142.

ИСХОДЫ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ОПЕРИРОВАННОЙ МАТКОЙ

Колесник О.Б., врач акушер-гинеколог¹.

Руководитель: **Гозель Л.Ю.**, канд. мед. наук, доц. кафедры².

¹Самарская городская клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко;

²Самарский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №1.

E-mail: Kolesnik-91@mail.ru;

моб. тел.: +7 (939) 711 4101.

Проведён ретроспективный анализ историй родов через естественные родовые пути у пациенток после предшествующего кесарева сечения. Изучены акушерские и перинатальные исходы. Выявлены способы улучшения исходов родов у пациенток данной группы.

The retrospective analysis of stories of childbirth through the vaginal canal was conducted among patients after a previous cesarean section. Obstetric and perinatal outcomes were studied. The ways of improving the outcomes of childbirth among patients of this group have been identified.

В настоящее время растёт частота родов с оперированной маткой. По данным литературы, 50% женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения (КС) могут быть родоразрешены через естественные родовые пути.

Цель исследования — анализ акушерских и перинатальных исходов естественных родов (ЕР) у пациенток после предшествующего КС и оптимизация тактики ведения в родильном доме. В условиях Самарской городской клинической больницы №2 им. Н.А. Семашко за 2019 и 2020 гг. прошло 3146 и 2930 родов соответственно. Процент КС неизменно составляет 21% в 2019 и 2020 гг. Общее число родов с рубцом на матке — 327 (10,4%) и 344 (11,7%) случая в 2019 и 2020 гг. соответственно. В ходе работы проведено ретроспективное исследование историй ЕР с оперированной маткой за период с января 2019 г. по декабрь 2020 г. При этом ЕР произошли у 46 (1,46%) пациенток в 2019 г. и у 57 (1,9%) родильниц в 2020 г. Консервативная тактика была выбрана с учётом данных анамнеза и оценки акушерского статуса. Возраст пациенток — от 21 до 40 лет (средний составил 31±0,4 года). Наблюдается тенденция к сокращению среднего значения интергравидарного интервала (2–14 лет) от 7,25 года в 2019 г. до 5,86 года в 2020 г. Паритет — трое и более родов, а именно повторные ЕР с оперированной маткой произошли у 13 (12,6%) пациенток за период с января 2019 г. по декабрь 2020 г. включительно. Процент преждевременных родов варьирует от 8 до 4% в 2019–2020 гг., при этом средний срок гестации срочных ЕР составил 39 нед. Толщина стенки матки в нижнем отделе в проекции рубца от предшествующего КС, по данным УЗИ, составила от 1,2 до 3,6 мм (среднее значение — 2,1 мм). Средняя продолжительность родов — 6,5 ч. Процент обезболивания родов методом эпидуральной анальгезии растёт от 17% в 2019 г. до 49% в 2020 г. Сохраняется число родов (31%) без применения методов обезболивания в связи с поступлением пациенток в стационар в конце первого периода родов, что доказывает преимущество спонтанного развития родовой деятельности. Успешно применяется индуцирование родов методом «амниотомия» — 5,5% родов как в 2019 г., так и в 2020 г. В результате ЕР большинство детей родилось в удовлетворительном состоянии (98%). В 2019 г. один (2,1%) ребёнок родился в тяжёлом состоянии за счёт недоношенности 25 нед; в 2020 г. у одного (1,8%) ребёнка диагностирована асфиксия лёгкой степени — был выписан домой в удовлетворительном состоянии. Вакуум-экстракция плода выполнена по поводу дистресса у четырёх (7%) пациенток в 2020 г. и трёх (6,5%) в 2019 г., все дети выписаны домой. Осложнения после ЕР за период с января 2019 г. по декабрь 2020 г. были представлены ранним послеродовым кровотечением у одной (0,9%) пациентки, тромбофлебитом притока БПВ бедра — у одной (0,9%) родильницы; субинволюцией матки, гематометрой — у трёх (2,9%) пациенток: в двух случаях применена вакуум-аспирация полости матки; гематомой п/о рубца на матке, потребовавшей чревосечения и ушивания матки, у двух (1,9%) пациенток (в том числе гемотрансфузия в одном случае). Антибактериальная (АБ) профилактика проведена у 24,7% пациенток, АБ-терапия — у 10% пациенток с высоким риском ГСО. Все родильницы выписаны на 4–5-е сутки, за исключением осложнённых родов — на 7–8-е сутки. Способом повышения эффективности благоприятных исходов и повышения процента ЕР с оперированной маткой послужило проведение дородовой госпитализации с целью обследования и получения беременной исчерпывающей информации о родах. При условии позитивного настроя и информированного согласия пациентки на ЕР допускается выжидательная тактика для достижения зрелости родовых путей и оптимального ведения родов

(постоянный мониторинг состояния матери и плода, рациональное применение утеротоников и адекватное обезболивание), а также отсроченные сроки плановых родоразрешений (40–41 нед).

Литература

1. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Кузьмина Ш.Е. *Беременность и роды после кесарева сечения*. — М.: МА им. Сеченова, 2003. — 61 с.
2. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. *Репродуктивные потери оперированной матки*. — М., 2006. — 157 с.
3. Вартапетова Н.В., Бугаева Е.В., Веккер И.Р. и др. *Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке // Клинические протоколы. Проект «Мать и дитя», 2008*. — С. 127–133.
4. Трубникова Л.И., Таджиева В.Д. *Ведение беременности и родов у женщин с оперированной маткой (рубец на матке): Методическое пособие*. — Ульяновск: УлГУ, 2012. — 11 с.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВО II ТРИМЕСТРЕ: ОСОБЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ МЕТОДА

Корнилова Т.Ю., канд. мед. наук, доц. кафедры¹;
Завьялова Е.И., врач акушер-гинеколог².

¹Ульяновский государственный университет, кафедра акушерства и гинекологии;

²городская клиническая больница №1, гинекологическое отделение (г. Ульяновск).

E-mail: smicorn@yandex.ru;
моб. тел.: +7 (909) 359 6756.

Медикаментозное прерывание беременности с применением антипрогестинов и синтетических аналогов простагландинов в настоящее время является современным, эффективным и безопасным методом прерывания беременности на всех сроках. Исследование показало, что время от приёма последней таблетки мизопростола до изгнания плода при лингвальном применении на всех сроках беременности укорачивается. COMPLIANCE к лингвальному применению очень высока.

Medical termination of pregnancy with the use of antiprogestins and synthetic analogs of prostaglandins is currently a modern, effective and safe method of termination of pregnancy at all stages. The study showed that the time from the last misoprostol tablet to expulsion of the fetus with lingual use is shorter at all stages of pregnancy. Compliance with lingual use is very high.

Цель исследования — проанализировать особенности медикаментозного прерывания беременности во II триместре за период с 2017 по 2019 г. Сравнить результаты лингвального и вагинального способов использования синтетического простагландина (мизопростол). Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям проведено 102 женщинам репродуктивного возраста, направленным перинатальным

консилиумом. Беременные составили две клинические группы: в первую группу вошли 84 пациентки, у которых беременность завершилась поздним абортom под воздействием антипрогестерона (мифепристон) 200 мг перорально в комбинации с простагландином (мизопростол) 200 мг лингвально, повторяя каждые 3 ч по 200 мг при необходимости; вторую клиническую группу составили 18 женщин, у которых беременность была прервана с помощью антипрогестерона (МИФ) 200 мг перорально в комбинации с простагландином (МИЗ) 400 мг вагинально, повторяя каждые 3 часа по 200 мг при необходимости. Эффективность сочетанного применения МИФ и МИЗ для прерывания беременности по медицинским показаниям во II триместре и наиболее приемлемые сочетания доз препаратов оценивали, регистрируя время от приёма последней таблетки МИЗ до изгнания плода с учётом срока беременности. Возраст всех 102 женщин, находившихся под наблюдением, колебался от 13 до 42 лет. В возрастной категории до 20 лет находилось 13% пациенток; в возрасте 30 лет и старше — 42%. Только у 37% пациенток настоящая беременность была первой, 37% пациенток имели в анамнезе от 3 до 10 беременностей. У 45% женщин в анамнезе не было родов. У 10% повторнороберенных имела рубец на матке после предыдущего кесарева сечения. Гинекологические заболевания были выявлены в 48% случаев, в 60% случаев у беременных были диагностированы экстрагенитальные заболевания. В первой клинической группе исследования все 84 пациентки для успешного прерывания беременности получили только 200 мг МИФ, а вот доза МИЗ на момент изгнания плода колебалась от 200 до 1400 мг: в 12–14 нед эффективнее были 200 мг, в 14–19 нед — 600 мг, а в 20–21 нед + 6 дней — 400 мг. Соответственно, продолжительность аборта в зависимости от срока беременности составила 150, 189 и 201 мин. Во второй клинической группе исследования 18 пациенток для успешного изгнания плода из матки получили 200 мг МИФ, а доза МИЗ, так же как и в первой группе, колебалась от 200 до 1200 мг: в 12–14 нед эффективнее были 800 мг, в 14–19 нед — 1000 мг, а в 20–21 нед + 6 дней — 400 мг. Соответственно, продолжительность аборта в зависимости от срока беременности составила 204, 205 и 205 мин. Средний объём кровопотери в обеих группах составил 150 мл. Побочные эффекты от лекарственных препаратов (МИФ и МИЗ) не зарегистрированы.

Исследование показало, что лингвальное использование синтетического простагландина (мизопростол) экономически целесообразнее, чем вагинальное. Время от приёма последней таблетки мизопростола до изгнания плода при лингвальном применении на всех сроках беременности короче. COMPLIANCE к лингвальному применению очень высока.

Литература

1. Абрамченко В.В., Гусева Е.Н. *Медикаментозный аборт*. — СПб., 2005. — 288 с.
2. Белокриницкая Т.Е. и др. // *Акушерство и гинекология*. — 2014. — №3. — С. 81–86.
3. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.А., Ерофеева А.В. *Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, абортов и контрацепции в Российской Федерации (Совместное исследование Министерства здравоохранения и социального развития РФ и ВОЗ) // Проблемы репродукции*. — 2010. — №3. — С. 92–97.

4. Радзинский В.Е. Медикаментозный аборт: настоящее и будущее // Фарматека. — 2008. — №14. — С. 12–14.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МАРКЁРОВ

Корнилова Т.Ю., канд. мед. наук, доц. кафедры;
Пуцкова Л.В., врач акушер-гинеколог, врач
УЗ-диагностики².

¹Ульяновский государственный университет, кафедра акушерства и гинекологии;

²городская клиническая больница №1, отделение антенатальной диагностики (г. Ульяновск).

E-mail: smicorn@yandex.ru;
моб. тел.: +7 (909) 359 6756.

Одним из инструментов прогнозирования задержки роста плода служат ультразвуковые маркёры. Допплерометрическое исследование кровотока в маточных артериях и артерии пуповины во II триместре может подтвердить наличие сосудистой патологии и прогнозировать эволюцию её развития. Результаты исследования показали, что женщинам группы риска ЗРП необходима серийная фетальная биометрия в III триместре — с периодичностью 1 раз в 2–3 нед, что позволит избежать антенатальных потерь.

Ultrasonic markers are one of the tools for predicting fetal growth retardation. Doppler study of blood flow in the uterine and umbilical arteries in the second trimester can confirm the presence of vascular pathology and predict the evolution of its development. The results of the study showed that women at risk of IGR need serial fetal biometrics in the third trimester — once every 2–3 weeks, which will avoid antenatal losses.

Задержка роста плода (ЗРП) — одна из наиболее сложных проблем акушерства и неонатологии. Решение этой проблемы позволит значительно снизить показатели репродуктивных потерь и увеличить уровень рождаемости. Одним из инструментов прогнозирования служат ультразвуковые маркёры. В современных гайдлайнах авторы отдают предпочтение доплерометрии маточных артерий.

Цель исследования — оценить прогностический потенциал доплерометрии маточных артерий и артерии пуповины во II триместре беременности в отношении ЗРП. Сравнить перинатальные исходы при выявлении ЗРП антенатально и постнатально. Настоящее клиническое исследование состояло из двух этапов. На первом этапе проведён УЗ-скрининг II триместра на аппарате экспертного класса Voluson E6, определены величины индексов пульсации (ПИ) артерии пуповины, маточных артерий слева и справа. В 28 исследованиях было диагностировано нарушение маточно-плацентарно-плодового кровообращения (НМППК) IA степени. Эти беременные составили основную группу исследования: средний возраст — 33 года,

преобладали повторнобеременные (57%) и повторнородящие (57%). В контрольную группу были включены 36 пациенток с антенатальной гибелью плода (АГП), задержавшегося в своём развитии, без патологии по данным УЗ-скрининга II триместра. На втором этапе проводились наблюдение за течением второй половины беременности у женщин основной группы и сравнительный анализ полученных данных с результатами контрольной группы. Течение беременности в первой половине у женщин основной и контрольной групп было сходным: в 57% случаев в обеих группах отсутствовали осложнения. Комбинированный УЗ-скрининг I триместра проведён 86% беременным основной и 72% беременным контрольной группы. В контрольной группе чаще наблюдалась поздняя явка в женскую консультацию. В обеих группах отклонений в показателях пульсационного индекса венозного протока не выявлено. УЗ-скрининг II триместра проведён всем пациенткам основной группы: в 52% случаев зарегистрировано повышение ПИ в левой маточной артерии, в 14% — в правой и в 14% — в обеих маточных артериях и артерии пуповины. УЗ-скрининг II триместра в контрольной группе был проведён в 94% случаев, НМППК IA степени диагностировано только в 18% случаев. На момент проведения УЗ-скрининга II триместра в обеих группах не была диагностирована ЗРП. Дальнейшее наблюдение за развитием беременностей у женщин основной и контрольной групп показало, что в основной группе ЗРП I степени симметричная форма диагностирована в 43% случаев на сроках 36–38 нед, в 57% беременность завершилась операцией кесарева сечения. Все новорождённые родились живыми, без асфиксии, на сроках беременности 37–40 нед. В контрольной группе ЗРП впервые была диагностирована в 56% случаев на сроках беременности: 24–26 нед — 11%, 28–34 нед — 34%, 35–37 нед — 11%. Постнатально диагноз ЗРП имел место в 100% случаев, сопутствовал антенатальной асфиксии. В 72% случаев женщины с АГП были родоразрешены через естественные родовые пути. Показаниями к кесареву сечению стали предлежание плаценты, ПОНРП и рубец на матке в сочетании с другими акушерскими показаниями. В 56% случаев родоразрешение произошло на недоношенных сроках. Результаты исследования показали, что доплерометрия кровотока в маточных артериях и артерии пуповины во II триместре может подтвердить наличие сосудистой патологии и прогнозировать эволюцию её развития. Перинатальные исходы при выявлении ЗРП антенатально и постнатально показали, что риск серьёзных осложнений во втором случае катастрофически высок. Женщинам группы риска ЗРП необходима серийная фетальная биометрия в III триместре — с периодичностью 1 раз в 2–3 нед, что позволит избежать антенатальных потерь.

Литература

1. Дегтярёва Е.А., Захарова О.А., Куфа М.А., Кантемирова М.Г. Прогнозирование, профилактика и ранняя диагностика задержки роста плода. Обзор методов с акцентом на мировые рекомендации // Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2019. — №1 (54). — С. 45–52.
2. Железова М.Е., Зефирова Т.П., Канюков С.С. Задержка роста плода: современные подходы к диагностике и ведению беременности // Практическая медицина. — 2019. — №4 (17). — С. 8–14.

КЛИНИКО- АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОК СО СПОНТАННЫМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Корчагина А.В., ассистент кафедры онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики с курсом ДПО^{1,2}.

Руководитель: **Николаева М.Г.**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО².

¹Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР»;

²Алтайский государственный медицинский университет (г. Барнаул).

E-mail: AV_Korchagina@mail.ru;
тел.: +7 (905) 986 3720.

Ретроспективный анализ 191 истории беременности и родов пациенток с досрочным родоразрешением выявил клинические и эхографические особенности пациенток со спонтанными преждевременными родами (ПР), свидетельствующие о вероятном нарушении становления плаценты, клинически реализующемся патологической плацентацией в I и плацентомегалией с формированием задержки плода (ЗРП) в III триместре беременности.

The retrospective analysis 191 stories of pregnancy and labor of patients with a premature labor has revealed clinical and ultrasound features of patients with the spontaneous premature labor. It testifies probable wrong development of the placenta, clinically realized in a pathological placentation in the I trimester and a placentomegaly with fetal growth restriction in the III trimester of pregnancy.

Частота преждевременных родов (ПР) в мире составляет 10,6%, при этом наблюдается значительная разница в популяции в разных исследованиях: от 2,3 до 16,3%. Несмотря на большой вклад науки в профилактику ПР, их уровень остаётся стабильным на протяжении последних 10 лет и в Российской Федерации составляет 6%. Наиболее частыми являются спонтанные преждевременные роды (70–80%), причём в половине случаев регулярная родовая деятельность развивается при целом плодном пузыре.

Цель исследования — изучить клинико-анамнестические и эхографические характеристики пациенток со спонтанными ПР. Проведено многоцентровое ретроспективное когортное исследование, направленное на выделение значимых предикторов спонтанных ПР. Проанализирована 391 история беременности и родов за период 2009–2018 гг. Выделено две группы: контрольная — 200 пациенток с физиологическим течением беременности и родами в сроке 37 нед и более; основная — 191 пациентка, родоразрешённая в сроке гестации 22–36 нед. Структура

ПР в основной группе определена как: 28,2% — индуцированные ПР (n=54); 26,8% — ПР, обусловленные преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО) (n=86); и 26,8% — ПР со спонтанной родовой деятельностью при целом плодном пузыре (n=51). Статистически значимыми факторами риска ПР в целом определены: наличие в анамнезе двух и более абортотворений (p=0,003) и ранних репродуктивных потерь (p=0,009); никотинозависимость (p=0,01); повышенная масса тела (p=0,05). При фенотипе спонтанных ПР отмечалась значимо большая частота ПР в анамнезе (27,5%) по сравнению с ПР, обусловленными ПРПО (14%) (OR=2,3; p=0,05). Абсолютный риск повторных спонтанных ПР при беременности менее 36,6 нед составил 30%. Пациентки группы спонтанных и индуцированных ПР в анамнезе имели маловесных детей к сроку гестации статистически чаще, чем при ПР, обусловленных ПРПО: 15,7 и 28,3% против 1,2% соответственно (p=0,004 и p=0,001). При ПР, индуцированных ПРПО, чаще отмечались хронические заболевания мочевыделительной системы (22,1%) и инфекция нижних половых путей, возбудители: *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum* (51,2%). У пациенток со спонтанными ПР специфической урогенитальной инфекции не выделено, но в 19,6% определён дисбиоз влагалища (бактериальный вагиноз), что имело статистическую значимость (p<0,001). При анализе результатов эхографии в I триместре беременности чаще отмечалась патологическая локализация хориона (центральное предлежание, краевое) при всех фенотипах ПР, что клинически манифестировало кровомазанием в группе ПР, инициированных ПРПО (p<0,003). В этой же группе достоверно чаще отмечалась истмико-цервикальная недостаточность в 9% (p<0,01) и 24,4% (p<0,001) во II и III триместрах соответственно. Основным отличием группы пациенток со спонтанными ПР явилось обнаружение УЗ-признаков плацентомегалии (толщина более 40 мм) (p<0,008) и ЗРП (p<0,008) в III триместре беременности.

Заключение. Клинико-анамнестические и эхографические характеристики пациенток со спонтанными ПР позволяют предположить, что одним из патогенетических звеньев спонтанного досрочного родоразрешения является плацентарная дисфункция.

Литература

1. Côté N., Pasquier J.C. Spontaneous preterm birth and the maternal microbiome // *Med. Sci. (Paris)*. — 2018. — Vol. 34 (10). — P. 799–805.
2. Phillips C., Velji Z., Hanly C. et al. Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis // *BMJ Open*. — 2017. — Vol. 7. — P. e015402.
3. Khalil A., Sotiriadis A., Chaoui R. et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in congenital infection // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 2020. — Vol. 56 (1). — P. 128–151.
4. Hamidi O.P., Hameroff A., Kunselman A. et al. Placental thickness on ultrasound and neonatal birthweight // *J. Perinat. Med.* — 2019. — Vol. 47 (3). — P. 331–334.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ВИТАМИНА D И ОБЩЕГО КАЛЬЦИЯ МАТЕРИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЁННОГО

Косинова С.Р., ассистент кафедры педиатрии
ИНПР, врач-неонатолог².

Руководитель: **Петрушина А.Д.**,
докт. мед. наук, проф.¹.

¹Тюменский государственный медицинский университет;

²родильный дом №2 (г. Тюмень).

E-mail: kosinovasvetlanar@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (982) 983 2661.

Для оптимального роста и развития новорождённого необходим баланс в макро- и микронутриентах. Микронутриентная недостаточность во время беременности неблагоприятно влияет на плод, вплоть до самопроизвольного выкидыша, формирования врождённых пороков развития, задержки внутриутробного развития. В современном мире витамин D и кальций обеспечивают оптимальный рост и развитие новорождённого. При этом уровень витамина D ребёнка напрямую зависит от материнской обеспеченности им.

Optimal growth and development of the newborn requires balance in macro — and micronutrients. Micronutrient insufficiency during pregnancy has an adverse effect for the fetus including spontaneous miscarriage, formation of congenital malformations, and intrauterine development delays. Nowadays Vitamin D and calcium ensure optimal growth and development of the newborn. Herewith the level of the child's vitamin D directly depends on the maternal ratio of it.

В современном мире отмечается широкое распространение дефицита микронутриентов среди населения, особенно в популяции беременных женщин, при этом выявляемый дефицит носит характер полигиповитаминоза. Исследования путей метаболизма витамина D и наличие рецепторов к нему во всех органах и тканях позволяют говорить о сохранении гомеостаза человеческого организма и позитивном его влиянии на состояние здоровья в целом. Кальций — важнейший микроэлемент, участвующий в построении скелета, работе сердца, нервно-мышечной деятельности, свёртывании крови и многих других процессах. Таким образом, витамин D и кальций являются неотъемлемыми составляющими для оптимального роста и развития новорождённого.

Цель исследования — оценить обеспеченность 25(ОН)D и общим кальцием диады «мать–новорождённый» за период с октября 2019 г. по март 2020 г. в Тюменском родильном доме №2.

Материалы и методы. В исследование включены 42 пары «мать–новорождённый». Забор крови осуществлялся у женщины перед родами, у ребёнка — из пуповинной крови сразу после рождения. Определение 25(ОН)D в сыворотке крови новорождённых и их матерей проводили методом иммуноферментного анализа, общий

кальций определяли колориметрически. Средний возраст матерей составил 30,2±5,1 года; 10 (23,8%) женщин были первобеременными, две (4,8%) — повторобеременными первородящими и 30 (71,4%) — повторобеременными повторнородящими. 11 (26,2%) имели осложнённый акушерский анамнез, четыре (9,5%) — никотиновую зависимость; беременность сопровождалась в 71,4% — анемией различной степени тяжести, в 61,9% — ожирением, в 33,3% — вегетососудистой дистонией и угрозами прерывания беременности, в 28,6% — ОРИ, у 59,5% отмечались воспалительные изменения половой системы. Преобладал естественный путь родоразрешения — 41 (97,6%). Все новорождённые были доношенными, срок гестации — 39,9±0,94 нед. Из них 23 мальчика и 19 девочек (54,8 и 45,2% соответственно). Родились в удовлетворительном состоянии (оценка по Апгар 8 и более баллов) — 33 (78,6%) ребёнка. Шесть (14,3%) новорождённых имели синдром задержки внутриутробного развития. В результате проведённого исследования только у двоих (4,8%) детей отмечен нормальный уровень витамина D, у пяти (11,9%) — недостаточность этого витамина, у 35 (83,3%) — дефицит, причём в 22 случаях (52,4%) — тяжёлый дефицит (25(ОН)D менее 10 нг/мл). Медиана 25(ОН)D составила 9,33 (1,06–42,34) нг/мл. В группе матерей только у трёх (7,14%) женщин отмечен нормальный уровень витамина D, у шести (14,3%) — недостаточность этого витамина, у 33 (78,6%) — дефицит, из которых 24 (57,1%) имели тяжёлый дефицит. Медианный уровень 25(ОН)D в крови у матерей составил 8,88 (3,69–39,13) нг/мл. Отмечена положительная корреляционная связь между уровнем витамина D у матерей и новорождённых: $r=0,915$, $p=0,000$. Нормальный уровень общего кальция отмечен у 30 (71,4%) детей, у 11 (26,2%) отмечалась гипокальциемия, и у одного (2,4%) уровень кальция был выше нормы. Медиана общего кальция у матерей составила 2,3 (0,8–3,0) ммоль/л. Нормальный уровень общего кальция отмечен у 26 (61,9%) женщин, у 12 (28,6%) отмечалась гипокальциемия и у четырёх (9,5%) — гиперкальциемия. Медианный уровень общего кальция в крови у матерей составил 2,25 (1,8–2,9) ммоль/л. Отмечена отрицательная корреляционная связь между уровнем общего кальция у матерей и новорождённых: $r= -0,140$, зависимость признаков статистически не значима ($p=0,438372$).

Заключение. Результаты исследования указывают на высокую частоту дефицита витамина D у матерей и, соответственно, у их детей. Учитывая современную роль витамина D и общего кальция для физиологического течения беременности, а в последующем — для развития ребёнка, необходим контроль за данными показателями у беременных и новорождённых с коррекцией дефицитных состояний. Необходимо дальнейшее изучение предикторов низкого пренатального обеспечения витамином D и общим кальцием новорождённых детей Тюменской области для выявления региональных особенностей и разработки профилактических мероприятий.

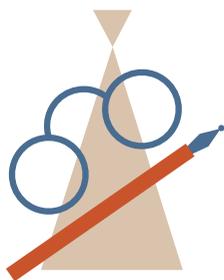
Литература

1. Национальная программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции» / Союз педиатров России [и др.]. — М.: ПедиатрЪ, 2018. — 96 с.

Формат проведения онлайн

CONNEXIO

— congress space by StatusPraesens —



III Общероссийская научно-практическая конференция для акушеров-гинекологов

12–13 ноября 2021 года, Санкт-Петербург

Оттовские чтения



StatusPraesens
profmedia



+7 (499) 346 3902

info@praesens.ru

praesens.ru

stpraesens

praesens

statuspraesens

2. Нароган М.В., Рюмина И.И., Крохина К.Н. и др. Витамин D у новорождённых и недоношенных детей // Неонатология: новости, мнения, обучение. — 2018. — №3 (21). — С. 134–138.
3. Заячникова Т.Е., Красильникова А.С., Островский О.В. и др. Сравнительный анализ содержания витамина D в пуповинной крови новорождённых разного гестационного возраста Волгоградской области // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2020. — №1 (73). — С. 141–145.
4. Захарова И.Н., Мальцев С.В., Зубков В.В. и др. Витамин D, маловесные, рождённые раньше срока и доношенные новорождённые дети: время изменить парадигму // РМЖ. Мать и дитя. — 2020. — Т. 3. — №2. — С. 142–148.
5. Al-Beltagi M., Rowiesha M., Elmashad A. et al. Vitamin D status in preterm neonates and the effects of its supplementation on respiratory distress syndrome // *Pediatr Pulmonol.* — 2020. — Vol. 55 (1). — P. 108–115.
6. Crozier S.R., Harvey N.C., Inskip H.M. et al. Maternal vitamin D status in pregnancy is associated with adiposity in the offspring: findings from the Southampton Women's Survey // *Am. J. Clin. Nutr.* — 2012. — Vol. 96. — P. 57–63.

АНАМНЕЗ ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Костина Е.А., аспирант кафедры акушерства
и гинекологии.

Руководитель: **Шатунова Е.П.**, докт. мед. наук,
проф.

Медицинский университет «Ревиз» (г. Самара).

E-mail: lenakostina1993@mail.ru;

моб. тел.: +7 (937) 0771285.

Все пациентки, включённые в исследование перед родоразрешением, оценивались по шкале факторов перинатального риска. Большое число пациенток с дисплазией соединительной ткани (48%) в группе с несостоятельным рубцом на матке (миопия различной степени тяжести, пролапс митрального клапана) объясняется более неблагоприятным течением у них беременности и родов, что обуславливает более высокую частоту абдоминального родоразрешения. Генерализованный характер поражения при недифференцированной дисплазии соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы таких изменений как поражение клапанного аппарата сердца, миопия различной степени тяжести, поражения дисплазии соединительной ткани с тенденцией к изменениям коллагеновых структур в коже (гиперрастяжимость кожи) и суставах (гипермобильность суставов), аномалии расположения хорды, варикозная болезнь конечностей, ангиодисплазии, отрицательно сказывается на течении беременности, родов и послеродового периода.

All patients included in the study before delivery were evaluated on the perinatal risk factor scale. A large number of patients with connective tissue dysplasia (48%) in the

group with an incompetent uterine scar (myopia of varying severity, mitral valve prolapse) is explained by a more unfavorable course of pregnancy and childbirth, which causes a higher frequency of abdominal delivery. The generalized nature of connective tissue damage with involvement in the pathological process of the reproductive system in ndst such as damage to the valvular apparatus of the heart, myopia of varying severity, connective tissue dysplasia lesions with a tendency to changes in collagen structures in the skin (hyperextensibility of the skin) and joints (hypermobility of the joints), chordal abnormalities, varicose veins of the extremities, angiodyplasia, negatively affects the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period.

Одной из особенностей современного акушерства является значительный рост частоты абдоминального родоразрешения. В России частота кесарева сечения в среднем составляет 15–16%, достигая 30–40% в перинатальных центрах, и не имеет тенденции к снижению. Несомненно, одним из важнейших прогностических факторов формирования несостоятельного рубца на матке является дисплазия соединительной ткани. Актуальность проблемы связана с высокой частотой выявления синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани, частота встречаемости отдельных признаков которого, по данным разных авторов, колеблется от 26 до 80% в популяции^{1,2}.

Цель исследования — провести комплексный подход и оценить роль дисплазии соединительной ткани и факторов риска в определении состояния рубца на матке после хирургических вмешательств. Все пациентки, включённые в исследование перед родоразрешением, оценивались по шкале факторов перинатального риска³. Средний возраст исследуемых женщин составил 27,5 года. Из них 20 женщин проживают в городе, восемь — жительницы села. Среднее образование у 22 женщин, высшее образование имеют шесть рожениц. Профессиональные вредности имеет всего одна испытуемая. Средний возраст супругов составил 27,2 года. Из 28 здоровы 23, курят пять. Средний рост женщины 162,5 см. Средний вес 71,3 кг. Общая прибавка массы тела в среднем по основной группе составила 11,5 кг. Различными заболеваниями в детском возрасте болели все обследованные. Экстрагенитальные заболевания имеются у 24 женщин. Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез — у шести пациенток. Средний возраст наступления менархе составляет 13,3 года. Средний показатель начала половой жизни — 17,2 года. Брак зарегистрирован у 24 женщин. В среднем количество беременностей в анамнезе — три. Зрелая шейка матки имела у одной беременной, «созревающая» — у 27. Осложнения в I триместре беременности были у 24 беременных, во II — у 19, в III — у пяти. Средний показатель продолжительности операции кесарева сечения составляет 41 мин. Спаек в брюшной полости не было ни у одной женщины. Рубец истончён и деформирован абсолютно у всех беременных. Среди всех новорождённых мальчиков — 22, девочек — шесть со средним весовым показателем 3,34 кг и ростовым показателем 51,2 см. Оценка по шкале Апгар составила 8 и 9 баллов на первой и пятой минутах жизни. По данным УЗИ, толщина рубца в среднем составила 2,1 мм. Количество вод у всех беременных было в пределах нормы. Большое число пациенток с дисплазией соединительной ткани (48%)

в группе с несостоятельным рубцом на матке (миопия различной степени тяжести, пролапс митрального клапана) объясняется более неблагоприятным течением у них беременности и родов, что обуславливает более высокую частоту абдоминального родоразрешения^{2,4}. Генерализованный характер поражения соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы при недифференцированной дисплазии соединительной ткани таких изменений как поражение клапанного аппарата сердца, миопия различной степени тяжести, поражения дисплазии соединительной ткани с тенденцией к изменениям коллагеновых структур в коже (гиперрастяжимость кожи) и суставах (гипермобильность суставов), аномалии расположения хорды, варикозная болезнь конечностей, ангиодисплазии, отрицательно сказывается на течении беременности, родов и послеродового периода. В акушерско-гинекологической практике при недифференцированной дисплазии соединительной ткани развивается несостоятельность рубца матки после кесарева сечения, патологическое прикрепление плаценты, бесплодие, а также пролапс тазовых органов⁵.

Литература

1. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н. Акушерство: Национальное руководство — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
2. Болотова О.В. Современные возможности оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения // Акушерство и гинекология. — 2009. — №5. — С. 7–9.
3. Демура Т.А. Морфофункциональные и молекулярно-генетические особенности недифференцированной формы дисплазии соединительной ткани в акушерско-гинекологической практике: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2014. — 48 с.
4. Нечаева Г.И., Мартынов А.И. Клинические рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани (первый пересмотр) // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2018. — №13. — С. 137–209.
5. Шуккина Н.А., Благина Е.И., Баранова И.В. Причины формирования и методы профилактики несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения // Альманах клинической медицины. — 2015. — №37. — С. 85–92.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЖЕНЩИН

Лазарева А.Ю., клинический ординатор кафедры;
Фаткуллина Ю.Н., аспирант кафедры;
Файзуллина Л.А., аспирант кафедры;
Стеценко Н.В., аспирант кафедры;
Галева С.А., аспирант кафедры;
Шаяхметов А.М., клинический ординатор кафедры.
Руководитель: **Фаткуллина И.Б.**, докт. мед. наук,
проф. кафедры.

Башкирский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии
с курсом ИДПО (г. Уфа).

E-mail: lazarevaayu@mail.ru;
моб. тел.: +7 (987) 583 8662.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) представляет собой одну из глобальных проблем общемирового здравоохранения на сегодняшний день. Представлен ретроспективный анализ течения беременности и перинатальных исходов у 106 пациенток с ВИЧ-инфекцией. Результаты исследования дали основание отнести беременных с ВИЧ-инфекцией к группе высокого риска по развитию осложнений беременности.

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) is one of the global problems of global health today. This article presents a retrospective analysis of the course of pregnancy and perinatal outcomes in 106 patients with HIV infection. The results of the study gave grounds to classify pregnant women with HIV infection as a high risk group.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире 44,5 млн человек заражены ВИЧ (2019). Важно отметить, что 85% ВИЧ-инфицированных — это молодые люди, которые планируют реализовать свой репродуктивный потенциал независимо от основного заболевания.

Цель исследования — ретроспективный анализ особенностей течения периода гестации и перинатальных исходов у ВИЧ-позитивных женщин.

Данное исследование проведено на базе родильного дома №3 (г. Уфа). Ретроспективно были изучены характер течения беременности и перинатальные исходы у 106 ВИЧ-позитивных женщин по обменным картам и историям родов. Группу контроля составили 100 женщин без ВИЧ-инфекции и тяжёлой экстрагенитальной патологии. Ретроспективный анализ показал, что при сравнении возраст женщин в сравниваемых группах статистически не различался и составлял в основной группе с ВИЧ-положительным статусом 29,44±1,3 года, в группе контроля — 27,45±1,1 года (p=0,0059). Состояли в официальном браке 15,3% из основной группы, в контрольной группе лишь у 9,6% брак был не зарегистрирован (p[x2]=0,0005). Женщины контрольной группы вставали на учёт в женскую консультацию по беременности в 96,3% случаев, в основной же группе всего 48,6% (p[x2]=0,0015), а 15,2% вовсе не были под наблюдением специалистов женской консультации. Беременность протекала на фоне табакокурения у 36,8% женщин из основной группы и у 9,4% женщин в группе контроля (p[x2]=0,0045). Из группы пациенток с ВИЧ-инфекцией страдали наркоманией 13,2%, из группы контроля наркозависимых женщин выявлено не было. Сравнительный анализ частоты осложнений беременности показал значительную частоту встречаемости анемии среди женщин с ВИЧ-статусом по сравнению с контрольной группой. Так, средние значения гемоглобина составили 108,2±1,8 г/л в основной группе и 116,24±1,1 г/л в группе контроля (p=0,002). Также выявлены отличия по частоте встречаемости синдрома задержки развития плода: в основной группе она составила 17,3%, в контрольной — лишь 7,6% (p[x2]=0,0033). При оценке течения родов установлено, что среди осложнений на первом месте было несвоевременное излитие околоплодных вод — в 9,64% случаев, внутриутробная гипоксия плода выявлена в 8,15% случаев. В группе с ВИЧ-инфекцией несвоевременное излитие околоплодных вод встречалось

в 15,72% случаев, что превышает показатель контроля ($p[x^2]=0,0023$), а также внутриутробная гипоксия плода выявлена в 10,49% случаев ($p[x^2]=0,0026$). Частота преждевременных родов в основной группе составила 13%, в контрольной — 7% ($p[x^2]=0,003$). Не выявлено различий в частоте развития гипертензивных расстройств, в основной группе данное осложнение развивалось даже реже, не достигая статистически значимых различий с группой контроля. Путём операции кесарева сечения были родоразрешены 26,1% беременных в контрольной группе, в основной же группе данный показатель значительно выше и составляет 51,89%, поскольку операция кесарева сечения является мерой профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду ($p[x^2]=0,0095$).

Результаты данного исследования дают нам все основания отнести женщин, больных ВИЧ-инфекцией, к группе высокого риска по развитию осложнений беременности и родов. Факторы риска ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста: одинокие женщины или живущие в гражданском браке, женщины, не вставшие на учёт по беременности в женскую консультацию, женщины, имеющие зависимости (табакокурение, наркомания). Данный контингент беременных женщин требует детального изучения и пристального внимания со стороны врачей, поскольку адекватные и слаженные действия всех звеньев здравоохранения позволяют получать здоровых детей у ВИЧ-инфицированных матерей.

Литература

1. Кравченко Е.Н., Яковлева О.А., Кулина Л.В. Акушерские и перинатальные исходы преждевременных родов у ВИЧ-инфицированных женщин // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. — 2019. — Т. 11 (3). — С. 16–22.
2. *ВИЧ-инфекция у взрослых: Клинические рекомендации*. — М.: Минздрав РФ, 2017.
3. Новикова О.Н., Швец Е.М. Социальный портрет ВИЧ-инфицированной беременной женщины // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2018. — Т. 17. — №2. — С. 16–22.
4. Белоконова Т.С., Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Агафонова О.В. Ретроспективный анализ течения беременности и её исходов у женщин с ВИЧ-инфекцией // *Таврический медико-биологический вестник*. — 2018. — Т. 21. — №2–2. — С. 14–19.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ГИСТЕРЭКТОМИЙ ПРИ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Лазарева А.Ю., клинический ординатор кафедры;
Фаткуллина Ю.Н., аспирант кафедры;
Файзуллина Л.А., аспирант кафедры;
Стеценко Н.В., аспирант кафедры;
Галева С.А., аспирант кафедры;

Шахметов А.М., клинический ординатор кафедры.
Руководитель: **Фаткуллина И.Б.**, докт. мед. наук,
проф. кафедры.

Башкирский государственный медицинский
университет, кафедра акушерства и гинекологии
с курсом ИДПО (г. Уфа).
E-mail: lazarevaayu@mail.ru;
моб. тел.: +7 (987) 583 8662.

Массивные акушерские кровотечения — актуальная проблема здравоохранения на мировом уровне, поскольку занимает лидирующие позиции в структуре материнской смертности. Представлен ретроспективный анализ 38 клинических случаев жизнеугрожающих акушерских кровотечений, которые явились показанием для проведения гистерэктомии.

Massive obstetric hemorrhage is an urgent health problem at the world level, since it occupies a leading position in the structure of maternal mortality. The article presents a retrospective analysis of 38 clinical cases of life-threatening obstetric bleeding, which were indications for hysterectomy.

Несмотря на снижение материнской смертности от кровотечений, они не покидают «большую пятёрку» управляемых причин материнской смертности. Успех в оказании помощи женщине с акушерским кровотечением зависит от поэтапного выполнения чёткого алгоритма оказания помощи и командной работы всей бригады в сложившейся критической ситуации. Разработано и внедрено большое количество органосохраняющих методик оказания помощи при кровотечении, которые минимизируют риски радикального вмешательства в виде удаления матки, однако данное вмешательство продолжает оставаться в клинической практике как окончательный метод, который чаще всего ликвидирует источник кровотечения и тромбобластических субстанций. Гипотоническое кровотечение, возникающее вследствие нарушения сократительной активности миометрия в послеродовом периоде, является частым этиологическим фактором развития массивного акушерского кровотечения, которое может привести родильницу к критическому состоянию near miss. Также ведущие позиции в структуре причин смертельных кровотечений занимают плацентарные факторы: 20% — плотное прикрепление плаценты, 10% — предлежание плаценты и вращение её в миометрий, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Матка — важнейший орган для женщины репродуктивного возраста. В связи с этим очень важно изучить те факторы и обстоятельства, которые явились показаниями и условиями к выполнению гистерэктомии.

Цель исследования — провести ретроспективный анализ 38 случаев гистерэктомий, выполненных из-за развития массивного акушерского кровотечения в республиканском перинатальном центре (далее РКПЦ), г. Уфа.

Данное исследование проведено на базе РКПЦ. Ретроспективно были изучены 38 историй родов женщин, которым была выполнена гистерэктомия в связи с развившимся массивным акушерским кровотечением. В данный анализ не вошли случаи кровотечения, которые закончились эффективным применением органосохраняющих методов.

Ретроспективный анализ показал, что средний возраст пациенток, подверженных гистерэктомии, $33,7 \pm 5,6$ года. В 94,7% случаев родоразрешение происходило путём кесарева сечения, и лишь в 5,3% случаев — самопроизвольные роды ($p=0,0045$). По паритету две первородящие,

остальные 36 женщин имели вторые и более роды. Оперативные вмешательства на матке были у 23 женщин в виде предшествовавшего кесарева сечения, а также консервативной миомэктомии. Аборты и выскабливания в анамнезе были у 23 из 38 женщин.

Показаниями для гистерэктомии послужило в первую очередь отсутствие эффекта от консервативных мероприятий по остановке кровотечений и продолжающееся гипотоническое кровотечение в 26 случаях (68,4%), патология прикрепления плаценты — в восьми случаях (21%), имбиция дна матки, придатков или части широкой связки, воронко-тазовой связки с обеих сторон или матка Кувелера — в четырёх случаях (10,5%); инфекционные осложнения в послеродовом периоде — в 5,2% (два случая); продолжающееся кровотечение из травмированных участков родовых путей — в 2,6%, а также один случай экстирпации матки произошёл по причине рака шейки матки. Следует отметить, что в среднем родоразрешение было выполнено при сроке гестации $33,6 \pm 4,6$ нед, а средний вес плода на момент рождения был на уровне $2390 \pm 106,0$ г, что говорит о частом рождении недоношенных детей (24 [63,2%] случая рождения недоношенного ребёнка в данной выборке), что в свою очередь увеличивает риск повышения младенческой смертности (в данной выборке два случая мертворождения).

Объём кровопотери колебался от 1700 до 5400 мл, симптомами геморрагического шока осложнились 66% данных операций. Родоразрешение, сопровождающееся гистерэктомией, выполнено в половине случаев (медиана) в сроке 34,5 нед, чаще всего (мода) родоразрешение произошло при сроке 38 нед, наименьший срок гестации в данной выборке 24 нед, максимальный срок гестации 41 нед.

В результате проведённого ретроспективного исследования 38 случаев гистерэктомий в РКПЦ были выявлены основные показания выполненных операций, определены причины возникших акушерских кровотечений.

Литература

1. Баев О.Р. *Послеродовое кровотечение (клинический протокол)*. — М., 2015. — С. 34–46.
2. *Клинические рекомендации (протокол лечения). Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях*. — Приказ Минздрава РФ №15–4/10/2–3881 от 29 мая 2014 г.
3. Савельева Г.М. *Акушерство: Национальное руководство*. — М., 2015. — 1080 с.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Максимьяк О.В., аспирант кафедры акушерства
и гинекологии.

Руководитель: **Обоскалова Т.А.**, проф.

Уральский государственный медицинский университет.

E-mail: oboskalova.tat@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (912) 283 7631.

Изучены исходы родов при преждевременном разрыве плодных оболочек при выжидательной и активной тактике. Продолжительность родов при выжидательной тактике составила 388,6 (267,0) мин, при активной — 272,8 (194,1) мин. При выжидательной тактике 81,6% родов произошли в течение 48 ч безводного периода. На фоне выжидательной тактики в течение 18 ч безводного периода вагинальный микробиом соответствует исходному сразу после преждевременного разрыва плодных оболочек.

The outcomes of labor in premature rupture of fetal membranes with wait-and-see and active tactics were studied. The duration of labor with the waiting tactic was 388.6(267.0) minutes, with the active one-272.8 (194.1) minutes. With a wait-and-see approach, 81.6% of births occurred within 48 hours of the waterless period. Against the background of wait-and-see tactics during the 18-hour anhydrous period, the vaginal microbiome corresponds to the initial one immediately after premature rupture of the fetal membranes.

Частота преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) при доношенной беременности составляет 8–10%. Существует мнение, что ПРПО способствует затяжному течению родового акта, приводит к возрастанию инфекционно-воспалительных заболеваний родильниц и новорождённых. В настоящее время нет единого подхода к ведению беременности и родов при ПРПО в сроке доношенной беременности; практикуются три тактики: выжидательная — до спонтанного начала родовой деятельности; активно-выжидательная — период выжидания 2–3, 6, 12, 24 ч с последующим применением окситотических препаратов, простагландинов, антипрогестагенов; активная — отсутствие какой-либо экспозиции и индукция родов сразу после установления факта излития околоплодных вод. Приказом Минздрава РФ №572н от 1 ноября 2012 г. было предусмотрено, что беременные с ПРПО в доношенном сроке могут выбрать активную или выжидательную тактику с учётом состояния плода и собственного здоровья. Выжидательная тактика используется по желанию женщины и предусматривает наблюдение без проведения влагалищного исследования, антибиотикопрофилактику при безводном промежутке более 18 ч, родозовбуждение при признаках инфекции. Активная тактика применяется также по желанию женщины. При незрелой шейке рекомендуется динопрост интравагинально, при зрелой шейке матки — родозовбуждение простагландинами или окситоцином. Оперативное родоразрешение по акушерским показаниям вне зависимости от продолжительности безводного промежутка и наличия признаков хориоамнионита. Антибиотикотерапия только при наличии клинических признаков хориоамнионита до 48 ч нормальной температуры.

Цель исследования — установить различия в исходах родов для матери и плода при ПРПО в сроке доношенной беременности при активной и выжидательной тактике. Исследование проводилось в акушерском стационаре №1 Екатеринбургского клинического перинатального центра. 147 рожениц выбрали выжидательную тактику, 138 — активную. Средний возраст женщин, выбравших активную тактику M(SD), 32,9 (5,6) года, что значимо больше, чем при выжидательной тактике — 28,2 (5,2) года. Выжидательную тактику предпочли первобеременные женщины — 64,6%,

активную тактику выбрали повторнородящие женщины — 51,4%, однако 31,4% повторнорожавших женщин также выбрали выжидательную тактику. Продолжительность родов при выжидательной тактике составила 388,6 (267,0) мин, при активной значимо меньше — 272,8 (194,1) мин. Длительность безводного промежутка при выжидательной тактике 24–35 ч была у 71 (48,3%) женщины, 35–47 ч — у 49 (33,3%), 48–59 ч — у 19 (12,9%), 60–72 ч — у восьми (5,4%) рожениц. 81,6% родов произошли в течение 48 ч безводного периода. К завершению родов абдоминальным путём ввиду угрожающего состояния плода пришлось прибегнуть у 44 (29,9%) рожениц при выжидательной тактике, причём при безводном промежутке более 48 ч, и у 28 (20,9%) при активной тактике. Вакуум-экстракция плода и выходные акушерские щипцы использованы в девяти случаях (6,1%) при выжидательной тактике и в 12 (8,7%) при активной. Через 18 ч безводного промежутка при выжидательной тактике проводилась антибактериальная профилактика ампициллином. У 40 пациенток проведена оценка состояния вагинального микробиома методом полимеразной цепной реакции сразу после ПРПО, через 18 ч после излития околоплодных вод и через 48 ч после родов. Общая бактериальная масса (ОБМ) вагинального микробиома исходно составила $M(SD) 5,35 (1,24) \log$. У 37 (88,0%) женщин обнаруживались лактобациллы, но только у 28 (75,6%) они определялись в титре более 4 log, среднее значение лактобацилл составило 5,9 (0,83) log. Через 18 ч вагинальный микробиом определён у 22 рожениц, ОБМ составила 5,5 (1,47) log. У 18 (81,8%) выявлены лактобациллы и у 15 (83,3%) женщин в титре более 4 log, среднее значение — 5,9 (0,9) log. Через 48 ч послеродового периода микробиом определён у 10 родильниц, среднее значение ОБМ 4,9 (0,99) log, лактобациллы выявлены только у одной пациентки в титре 6,0 log. Частота хориоамнионита и эндометрита при выжидательной и активной тактике 4,1 и 5,8% соответственно, что превышает среднегодовой уровень инфекционно-воспалительной заболеваемости родильниц в Екатеринбурге — 2,3–2,4%. Выжидательная тактика по желанию рожениц при ПРПО приемлема, так как не приводит к значительным отклонениям в течении родового акта, несмотря на более длительное течение родов по сравнению с активной тактикой. Необходимость в кесаревом сечении возникала преимущественно при длительности безводного промежутка свыше 48 ч. При активной тактике выявляется тенденция к увеличению частоты вагинальных родоразрешающих операций. Активная тактика требует умения проведения индукции родов, желателен окситоцином, так как эта методика позволяет в режиме реального времени модифицировать дозы вводимого препарата. Через 18 ч безводного периода в составе вагинального микробиома значительно преобладают лактобациллы, однако через 2 сут после родов и проведённой антибиотикопрофилактики общая бактериальная масса вагинального микробиома существенно сокращается наряду с крайне низким содержанием лактобацилл, что может создавать предпосылки для возникновения инфекционно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде.

Литература

1. Болотских В.М. *Преждевременное излитие околоплодных вод: теория и практика.* — СПб.: Эко-Вектор, 2018. — 191 с.
2. *Клинические рекомендации «Преждевременный разрыв плодных оболочек» // Акушерство и гинекология.* — 2015. — №5. — С. 6–7.

3. Amorosa J.M.H., Stone J., Factor S.H. et al. A randomized trial of Foley Bulb for Labor Induction in Premature Rupture of Membranes in Nulliparas (FLIP) // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2017. — Vol. 217 (3). — P. 360.e1–360.e7.
4. Middleton P., Shepherd E., Flenady V. et al. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more) // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2017. — ss 1.
5. Saccone G., Berghella V. Antibiotic prophylaxis for term or near-term premature rupture of membranes: metaanalysis of randomized trials // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2015. — Vol. 212 (5). — P. 627.e1–627.e9.

ТРИ СЛУЧАЯ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С СИНДРОМОМ ГИППЕЛЯ– ЛИНДАУ

Погудина Т.С., врач акушер-гинеколог;

Анопова А.Д., врач-эндокринолог;

*Исмаил М.Н., канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог,
зав. консультативно-диагностическим отделением.*

Научный медицинский исследовательский центр
им.В.А. Алмазова.

E-mail: masha2@rambler.ru;

моб. тел.: +7 (921) 925 0248.

Синдром Гиппеля–Линдау (VHL) встречается с частотой 1:36 000 и обусловлен мутацией гена, локализованного в коротком плече 3-й хромосомы (3p25–26), регулирующего ангионеогенез и рост опухолей в условиях гипоксии. Данный синдром характеризуется образованием опухолей различной локализации: гемангиобластомы, феохромоцитомы, карциномы почек, образованиями мозжечка и поджелудочной железы. В нашем клиническом наблюдении представлено описание трёх беременных женщин с VHL, наблюдавшихся в течение беременности и родоразрешённых в плановом порядке кесаревым сечением в 38–39 нед.

Ключевые слова: синдром Гиппеля–Линдау, феохромоцитомы, гемангиобластома, беременность.

Von Hippel–Lindau (VHL) syndrom is rare disorder (1:36 000) due to mutation of the VHL tumor suppressor gene 3p25–26 and characterised by various tumors: haemangioblastomas, pheochromocytoma, renal cell carcinoma, form in the brain and pancreas. Three cases was described: observation of pregnancy and labour, planned delivery at 38–39 weeks by caesarean section.

Keywords: Von Hippel–Lindau, pheochromocytoma, haemangioblastomas, pregnancy.

Выделяют два типа синдрома Гиппеля–Линдау: тип 1 — с низким риском развития феохромоцитомы и тип 2 — с повышенным риском развития феохромоцитомы,

который в свою очередь подразделяется на три подтипа: А (низкий риск проявления аденокарциномы почек), В (высокий риск аденокарциномы почек) и С (развивается только феохромоцитомом без гемангиобластом и аденокарциномы почек).

Цель исследования — анализ течения беременности и родов, а также этапа прегравидарной подготовки у пациенток с VHL.

Результаты. Пациентка К., 35 лет, в 2015 г. впервые выставлен диагноз «синдром Гиппеля–Линдау», тип 2В. Были проведены многочисленные операции по удалению опухолей: стереотаксическое радиохирургическое удаление опухоли мозжечка, двусторонняя адреналэктомия, резекция левой почки. Проводилась медикаментозная коррекция надпочечниковой недостаточности гидрокортизоном (препарат «Кортеф» в дозе 25 мг/сут). В 2020 г. наступила беременность (четвёртая), наблюдалась в перинатальном центре. Беременность протекала благополучно, женщина продолжала получать в течение беременности препарат «Кортеф». Рост образований за время беременности незначительный. Кроме акушера-гинеколога, наблюдение за пациенткой вели также эндокринолог, невролог, окулист центра. Плановое оперативное родоразрешение кесаревым сечением проведено в 38 нед. Родился живой доношенный мальчик массой 3060 г, длиной 48 см, оценка по шкале Апгар 7–8 баллов. Кровопотеря 700 мл.

Пациентка С., 22 года, впервые обратилась к акушеру-гинекологу при первой беременности в 2019 г. с антенатальной гибелью плода на сроке 20 нед на фоне гипертонического криза. При проведении обследования выявлены клинические проявления, характерные для VHL типа 2А. Была выполнена двусторонняя адреналэктомия, также проводилась медикаментозная коррекция надпочечниковой недостаточности. В 2020 г. наступила следующая, вторая беременность, которая протекала без осложнений. Родоразрешена путём плановой операции кесарева сечения в 39 нед, масса новорождённого 4180 г, длина 57 см, оценка по шкале Апгар 8–9 баллов. Кровопотеря 600 мл.

Пациентка М., 36 лет, впервые обратилась в Научный медицинский исследовательский центр им. Алмазова в 2019 г. при планировании беременности. С детства выставлен диагноз «VHL, тип 1». В 2020 г. наступила беременность, которая также протекала без осложнений. Родоразрешена в 38 нед кесаревым сечением. Родилась живая доношенная девочка массой 3440 г, длиной 51 см, оценка по шкале Апгар 7–8 баллов.

Выводы. Пациентки с VHL требуют тщательного наблюдения на этапе планирования беременности, своевременного удаления выявленных опухолей, проведения заместительной гормональной терапии, а в течение беременности — динамического наблюдения не только акушером-гинекологом, но и окулистом, эндокринологом, неврологом, нейрохирургом, гастроэнтерологом, гематологом и др.

Литература

1. Козлова С.И., Демикова Н.С. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. — М.: КМК, 2007. — 448 с.
2. Джонс К.Л. Наследственные синдромы по Дэвиду Смит: Атлас-справочник. — М.: Практика, 2011.

3. Падруль М.М., Олина А.А., Метелева Т.А. Болезнь фон Гиппеля–Линдау и беременность // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2017. — Т. 16. — №3. — С. 72–74.
4. Choudhury T., Sharifa J., Moammed K., Hossain M.M. Von Hippel-Lindau disease in a pregnant lady // Mymensingh Medical Journal. — 2012. — Vol. 21 (1). — P. 184–187.

СУБФЕРТИЛЬНОСТЬ СПЕРМЫ И ПОГИБШИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ПРОГРАММАХ ЭКО

*Посисеева Л.В., докт. мед. наук, проф.^{1,2};
Перепечай М.И., врач-репродуктолог²;
Дружинина Е.Л., эмбриолог².*

¹Российский университет дружбы народов;
²ООО «Клиника современной медицины» (г. Иваново).
E-mail: lyposiseeva@mail.ru;
моб. тел.: +7 (905) 105 2929.

Ретроспективный анализ спермограмм, MAR-теста и уровня гликоделина в сперме у 17 мужчин из супружеских пар с бесплодием и погибшими беременностями в программах ЭКО/ИКСИ показал, что большинство из них имеют сниженный уровень фертильности (94,1%), астенозооспермию (76,5%) и патологические показатели гликоделина (80%). Показана необходимость улучшения фертильности мужчин до вступления пары в программу ЭКО.

A retrospective analysis of semen analysis, MAR test and the level of glycodelin in semen in 17 men from married couples with infertility and fatal pregnancies in IVF programs showed that most of them had a reduced fertility rate (94.1%), asthenozoospermia (76.5%) and abnormal glycodelin levels (80%). The need to improve the indicators of male fertility before the couple enters the IVF program is shown.

Известно, что наилучшие результаты программ ЭКО и переноса эмбрионов отмечаются у пациенток при отсутствии мужского фактора¹. Мужской фактор относят к факторам риска потерь беременности^{2,3}.

Цель исследования — оценить роль субфертильности спермы при погибшей в ранние сроки беременности после ЭКО/ИКСИ у женщин с бесплодием. Проводился ретроспективный анализ показателей спермограмм, уровня фертильности, MAR-теста и содержания гликоделина в сперме у 17 мужчин в возрасте от 28 до 55 лет из супружеских пар с бесплодием и погибшей беременностью в программах ЭКО/ИКСИ. Уровень гликоделина в спермальной жидкости определяли методом иммуноферментного анализа с использованием отечественных тест-систем. У всех мужчин в супружеских парах в анамнезе были погибшие беременности и анэмбриония при спонтанных зачатиях или в программах ЭКО. При обследовании врачом-урологом хронический простатит диагностирован у шести (35,3%), киста придатка яичка — у трёх (17,6%) мужчин. Восемь человек (47%) признаны здоровыми. При анализе спермограмм нормозооспермия и нормальный уровень гликоделина определены только у двух мужчин (11,8%).

У большинства мужчин (13–76,5%) выявлена незначительной или умеренной степени выраженности астенозооспермия, в т.ч. у всех из них (100%) — в сочетании с патологическим (чаще резко сниженным) уровнем гликоделина в спермальной жидкости, у шести (46,1%) — с агрегацией и агглютинацией сперматозоидов и у четырёх (30,8%) — с положительным MAR-тестом. У двух пациентов (11,8%) имела место олигоастенозооспермия. При подсчёте индекса фертильности нормальный уровень отмечался только у одного пациента (5,9%), сниженный до 10 — у трёх (17,6%), менее 10 — у 13 (76,5%). Наличие выраженной связи погибших беременностей в программах ЭКО/ИКСИ со сниженной мужской фертильностью определяет необходимость реабилитации мужчин до вступления пары в программу ЭКО.

Литература

1. Рудакова Е.Б., Стрижова Т.В., Фёдорова Е.А., Замаховская Л.Ю. Возможности улучшения результативности программ экстракорпорального оплодотворения у «трудных» пациенток // *Лечащий врач*. — 2019. — №12. — С. 14–19.
2. Радзинский В.Е., Худавердян К.В., Франкевальм Ж.И., Апресян С.В. О некоторых факторах риска спонтанных выкидышей после ЭКО // *Вестник Российского университета дружбы народов*. — 2007. — №5. — С. 166–171. — (Медицина).
3. Посисеева Л.В., Назаров С.Б., Татаринов Ю.С. Белки репродуктивной системы человека в акушерстве и гинекологии. — Иваново, 2006. — 238 с.

ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА МОЛОЧНОЙ КИСЛОТОЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Расторгуева Л.И., ассистент кафедры;
Кира Е.Ф., засл. деятель науки РФ, засл. врач РФ,
докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой;
Апресян С.В., докт. мед. наук, проф. кафедры;
Карасова А.А., ассистент кафедры.

Национальный медико-хирургический Центр
им. Н.И. Пирогова, кафедра женских болезней
и репродуктивного здоровья (ИУВ).

E-mail: Lara_rastor@mail.ru; моб. тел.: +7 (916) 609 8307.
У 70 беременных женщин с бактериальным вагинозом в I, II и III триместрах в динамике до и после лечения изучено влияние молочной кислоты на микробиоту влагалища. Установлено, что монотерапия молочной кислотой (100 мг) высокоэффективна в отношении нормализации вагинальной микрофлоры и может использоваться для лечения бактериального вагиноза на любом сроке беременности.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, беременность, молочная кислота, диагностика, терапия.

70 pregnant women with bacterial vaginosis in the I, II and III trimesters in dynamics before and after treatment

studied the effect of lactic acid on vaginal microbiota. Lactic acid monotherapy (100 mg) has been found to be highly effective in normalizing vaginal microflora and can be used to treat bacterial vaginosis at any time of pregnancy.

Keywords: bacterial vaginosis, pregnancy, lactic acid, diagnosis, therapy.

Бактериальный вагиноз (БВ) относится к наиболее распространённым заболеваниям среди женщин репродуктивного возраста, в том числе и во время беременности. Распространённость БВ среди беременных выше, чем среди небеременных женщин, и достигает >40%. При этом БВ ассоциирован с неблагоприятным течением беременности и исходом родов. В I триместре БВ является причиной восходящего внутриматочного инфицирования, гибели плода, в 5 раз повышает риск самопроизвольных выкидышей. Во II и III триместрах беременности БВ в два раза повышает риск преждевременных родов, способствует развитию внутриамниотической инфекции, преждевременному разрыву плодных оболочек и раннему излитию околоплодных вод, а также внутриутробной пневмонии плода, рождению маловесных детей. Выявлены сильные корреляционные связи между БВ и эндометритом после кесарева сечения, послеродовым сепсисом. При БВ существенно нарушается баланс между протективными молочнокислыми и индигенными условно-патогенными (УПМ) микроорганизмами. Микробиота влагалища и её состояние в количественном и видовом отношении является наиболее показательным критерием физиологического состояния вагинальной среды или её неблагополучия.

Целью настоящего исследования стало изучение динамики вагинальной микробиоты у женщин с БВ в различные сроки беременности после применения лекарственного препарата, содержащего 100 мг молочной кислоты (МК), в форме вагинальных суппозиториях.

Дизайн исследования. Многоцентровое открытое неконтролируемое когортное исследование эффективности и безопасности молочной кислоты 100 мг, вагинальные суппозитории в терапии БВ у беременных женщин в I, II и III триместрах. На этапе скрининга были обследованы 82 беременные женщины с БВ. Полностью закончили исследование 70 женщин в возрасте 18–37 лет (в среднем 29,87±4,83 года) и с ИМТ=22,47±4,18, которые были распределены на три репрезентативные группы в зависимости от срока беременности: 1-я группа — 24 беременные в I триместре; 2-я группа — 28 беременных во II триместре; 3-я группа — 18 беременных в III триместре.

В соответствии с протоколом исследования для оценки состояния микробиоты влагалища беременных женщин использовался метод количественной ПЦР в реальном времени («Фемофлор-16»), которая осуществлялась дважды: до лечения и через 30 дней после его окончания. Все включённые в исследование пациентки *per vaginam* получали препарат, содержащий 100 мг МК, в форме вагинальных суппозиториях, по одному суппозиторию ежедневно в течение 10 дней.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что для всех беременных было характерным уменьшение количества лактобактерий до $\lg \times 10^{5,21 \pm 2,02}$ в I триместре, $\lg \times 10^{4,75 \pm 2,43}$ — во II и $\lg \times 10^{4,89 \pm 2,32}$ — в III. На этом фоне были увеличены количественные показатели группы *Gardnerella vaginalis / Prevotella bivia / Porphyromonas spp.* — до $\lg 105,54 \pm 1,47$, $\lg 105,93 \pm 1,51$, $\lg 106,28 \pm 0,83$ соответственно I, II и III триместрам беремен-

ности. Аналогично была увеличена концентрация *Eubacterium spp.* — до $\lg 105,12 \pm 2,13$, $\lg 104,67 \pm 2,39$ и $\lg 104,89 \pm 2,22$ соответственно I, II и III триместрам беременности. Эти данные свидетельствуют об уменьшении лактобактерий у беременных женщин с БВ и увеличению у них количественных показателей гарднерелл и зубактерий, БВ-ассоциированных микроорганизмов. Другие БВ-ассоциированные микроорганизмы также присутствовали во влагалище беременных женщин, однако их величины не превышали клинически значимых уровней и были $< 10^4$ -й степени. Наименьшее количество лактобактерий и наибольшее количество БВ-ассоциированных микроорганизмов наблюдалось в III триместре беременности, что может быть косвенным признаком высокого риска преждевременных родов.

После лечения МК через 1 мес наблюдалось достоверное увеличение числа лактобактерий по триместрам беременности: в I — с $105,21 \pm 2,02$ до $106,58 \pm 0,72$ ($p=0,0051$); во II — с $104,75 \pm 2,43$ до $106,50 \pm 0,79$ ($p=0,0051$) и в III — с $104,89 \pm 2,32$ до $106,67 \pm 0,69$. Прирост составил 26,4; 36,84 и 36,36% соответственно I, II и III триместрам беременности.

Использование МК во всех трёх триместрах беременности достоверно снижает во влагалище количество гарднерелл, зубактерий и других БВ-ассоциированных микроорганизмов до физиологических значений, что является показателем высокой эффективности МК для коррекции вагинальной микробиоты у беременных.

Выводы:

1. МК (100 мг) способствует росту лактобактерий на 26–37% при лечении БВ у беременных.

2. Применение МК (100 мг) эффективно снижает количество БВ-ассоциированных микроорганизмов, таких как гарднереллы и зубактерии, на 93–100%.

3. МК (100 мг) является безопасным препаратом для клинического применения во время беременности. Частота нежелательных явлений при его использовании отсутствовала. Нежелательных явлений при лечении БВ не зарегистрировано.

Литература

1. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. — М.: МИА, 2012. — 472 с.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS4065 ГЕНА УРОКИНАЗЫ НА РИСК РАЗВИТИЯ И СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ, ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Ревина Д.Б., аспирант, ассистент кафедры¹, стажёр-исследователь отдела².

Руководитель: Панина О.Б., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой¹.

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

²Медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М.В. Ломоносова, отдел гинекологии и репродуктивной медицины.
E-mail: lozinskaya.daria@gmail.com;
моб. тел.: +7 (915) 402 1760.

В ходе настоящего исследования была выявлена ассоциация между риском развития плаценто-ассоциированных осложнений беременности, таких как задержка роста плода и преэклампсия, и генотипом матери по rs4065 гена урокиназы, а также корреляция между генотипом и степенью задержки роста плода, тяжестью преэклампсии. Наиболее неблагоприятным является наличие генотипа CC rs4065 гена урокиназы.

The present study revealed an association between the risk of placenta-associated pregnancy complications, such as fetal growth retardation and preeclampsia, and the maternal rs4065 genotype of the urokinase gene. A correlation between the genotype and the degree of intrauterine growth restriction, the severity of preeclampsia was also observed. The most unfavorable is CC rs4065 genotype of the urokinase gene.

Нарушения кровообращения в системе «мать–плацента–плод», возникающие в результате недостаточной инвазии трофобласта и неполного ремоделирования спиральных артерий, происходят задолго до клинических проявлений — задержки роста плода (ЗРП) и ранней преэклампсии (ПЭ), объединённых по патогенетическому принципу в группу плацента-ассоциированных осложнений беременности (ПАОБ). Необходимым является поиск новых факторов риска ПЭ и ЗРП, способных прогнозировать развитие этих осложнений на этапе планирования беременности и позволяющих своевременно начать прегравидарную подготовку. Центральным звеном патогенеза ПАОБ является нарушение процессов клеточной пролиферации и миграции, посредниками которых являются урокиназа и её рецептор.

Целью настоящего исследования является определение риска развития ПАОБ при наличии полиморфизма гена урокиназы *PLAU* у матери.

Наличие генетического варианта гена урокиназы *rs4065* определялось в пробах венозной крови при помощи *real-time-PCR* у пациенток с ПАОБ и в контрольной группе. Биоматериал был собран у 145 пациенток: контрольная группа — 101, основная — 44. Критерии включения в контрольную группу: физиологическое течение беременности и родов. Критерии включения в основную группу: ранняя ПЭ (до 34 нед) и/или ранняя ЗРП (до 32 нед). Статистический анализ выполнен с использованием программы RStudio v1.1.453 и веб-версии SNP Stats.

В основной группе у 18 пациенток наблюдалась умеренная или тяжёлая ПЭ, у 29 — ЗРП, у трёх — их сочетание. Пациентки основной и контрольной групп различались по возрасту (средний возраст в основной группе — 33 года, в контрольной — 29 лет, $p<0,001$), а также по проценту женщин группы риска ПАОБ по возрасту (<17 лет и >35 лет, в основной группе — 29,45%, в контрольной — 12%, $p=0,01$). Также была выявлена корреляция между развитием ПАОБ и количеством беременностей ($p=0,207$, $p=0,023$), наличием в анамнезе неразвивающейся беременности ($p=0,33$, $p=0,002$): многократные беременности и невынашивание беременности

связаны с развитием ПАОБ. Таким образом, при анализе клинических данных выявлен ряд традиционных факторов риска развития ПАОБ — возраст матери, акушерский анамнез. С учётом поправки на возраст и количество беременностей в анамнезе была выявлена ассоциация полиморфизма *C/T 3'-UTR (rs4065)* гена *PLAU* с развитием ПАОБ: у пациенток основной группы чаще встречается аллель *C*, наиболее неблагоприятным генотипом является генотип *CC*. Было доказано, что замена *C/T 3'-UTR* гена *PLAU (rs4065)* снижает риск развития ЗРП в 3,22 раза (95% ДИ 1,7–6,1; $p < 0,001$), ПЭ — в 2,81 раза (95% ДИ 1,42–5,54; $p = 0,003$). Была выявлена корреляция между генотипом и степенью ЗРП ($\rho = -0,3245$; $p < 0,001$), генотипом и тяжестью ПЭ ($\rho = -0,224$, $p = 0,015$). Вероятно, наличие генотипа *TT* носит проангиогенный характер, усиливает процессы миграции и пролиферации клеток: так, данные литературы говорят об увеличении риска развития злокачественных новообразований при наличии аллели *T* и генотипа *TT rs4065*.

В результате проведённой работы было показано, что генотип *CC rs4065* гена урокиназы ассоциирован с развитием ПАОБ, выявлена корреляция между генотипом матери по *rs4065* и степенью ЗРП, тяжестью ПЭ. Определение материнского генотипа по *rs4065* гена урокиназы позволит выделить группу высокого перинатального риска на этапе планирования беременности.

Литература

1. Ananth C.V. Ischemic placental disease: A unifying concept for preeclampsia, intrauterine growth restriction, and placental abruption // *Semin. Perinatol.* — 2014. — Vol. 38. — №3. — P. 131–132. [PMID: 24836823]
2. Naruse K., Lash G.E., Bulmer J.N. et al. The urokinase plasminogen activator (*uPA*) system in uterine natural killer cells in the placental bed during early pregnancy // *Placenta.* — 2009. — Vol. 30. — №5. — P. 398–404. [PMID: 19272641]
3. Lindoff C., Åstedt B. Plasminogen activator of urokinase type and its inhibitor of placental type in hypertensive pregnancies and in intrauterine growth retardation: Possible markers of placental function // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1994. — Vol. 171. — №1. — P. 60–64. [PMID: 8030735]
4. Xu Z., Meng L., Lin J. et al. Association between the polymorphisms of urokinase plasminogen activation system and cancer risk: A meta-analysis // *Oncol. Targets Ther.* — 2015. — Vol. 9. — №8. — P. 2493–2502. [PMID: 26392776]

БЛОКАТОР РЕЦЕПТОРОВ ОКСИТОЦИНА В ЛЕЧЕНИИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Ротару А.В., аспирант кафедры.

Руководитель: **Обоскалова Т.А.**, докт. мед. наук,
проф., зав. кафедрой.

Уральский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии (г. Екатеринбург).

E-mail: oboskalova.tat@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (912) 283 7631.

30 женщинам с клиникой угрожающих преждевременных родов в сроке 24–28 нед, у которых регистрировались регулярные сокращения матки, длина цервикального канала которой составила M(SD) 2,4 (0,6) см, а ширина внутреннего зева — M(SD) 1,0 (0,8), выполнен токолиз блокатором окситоциновых рецепторов атозибаном: 100% пациенток введены две дозы препарата, 50% — три дозы. Беременность пролонгирована до 33 нед у 6,7% женщин, до 34–37 нед — у 20%, более 37 нед — у 73,3%.

30 women with a clinic of threatened preterm labor at 24–28 weeks, who registered regular uterine contractions, the length of the cervical canal was M(SD) 2,4 (0,6) cm, the width of the internal pharynx M(SD) 1,0 (0,8), tocolysis with the oxytocin receptor blocker atosiban was performed: 100% of patients received 2 doses of the drug, 50% — 3 doses. Pregnancy was prolonged to 33 weeks in 6,7% of women, to 34–37 weeks — in 20%, more than 37 weeks — in 73,3%.

Пролонгирование беременности особенно актуально при развитии преждевременной родовой деятельности в сроках менее 28 нед и имеет своей целью получить запас времени для проведения профилактики дистресс-синдрома плода, однако целесообразно пролонгировать беременность до максимально возможного срока, желательно до 37 нед.

Цель исследования — оценить эффективность атозибана в предотвращении ранних преждевременных родов. Проведено наблюдательное ретроспективное исследование исходов беременности. Исследование проводилось в государственном госпитале «Аль-Дайд» (г. Аль-Дайд, эмират Шарджа, Объединённые Арабские Эмираты, директор — д-р Салаяма Саид Хумейди, Al Dhaid city, Sharjah district, Salama Saeed Humaidi). Атозибан применялся в соответствии со схемой, представленной в инструкции к препарату, и протоколом преждевременных родов, принятом в клинике «Аль-Дайд». Инструкция к препарату, зарегистрированная в ОАЭ, полностью соответствует инструкции к российскому препарату «Атозибан». Возраст пациенток составил M(SD) 28,7 (6,2) года, в возрасте 18–28 лет было 15 (50%) женщин, 29–37 лет — 13 (43,3%), 38–46 лет — две (6,7%). Все пациентки проживали в странах Ближнего Востока: жительницы Объединённых Арабских Эмиратов и Омана составили 21 (71%), других стран (Пакистан, Сирия) — девять (29%). Социальный статус представлен следующими группами: домохозяйки — 10 (33,3%), служащие — 11 (36,6%), студентки — девять (30,3%). Семь (22,5%) женщин были первобеременными, 23 (87,5%) — повторнобеременными, из их числа в среднем пациентки имели 2,8 (1,6%) беременностей, причём восемь (26,7%) женщин имели четыре–шесть беременностей. 21 (71%) женщина имела в анамнезе роды. В среднем женщины имели 1,7 (1,5%) родов, у 17 (56,7%) пациенток были одни–трое родов, четыре–пять родов — у четырёх (13,3%). Из числа родов трое (10,1%) были преждевременными, четверо (13,3%) — абдоминальными. Прерывание беременности в анамнезе было у восьми женщин (26,7%) и только по медицинским показаниям в связи с неразвивающейся беременностью. Прерывание беременности производилось либо медикаментозно, либо путём мануальной вакуумной аспирации. Искусственного аборта по желанию не было ни в одном случае. Все пациентки поступили с целым плодным пузырём, головное предле-

жание было у 28 женщин (93,3%), в двух случаях — тазовое. У всех беременных на момент первой госпитализации по кардиофонограмме регистрировались регулярные сокращения матки, длина цервикального канала составила $M(SD)$ 2,4 (0,6) см, ширина внутреннего зева — $M(SD)$ 1,0 (0,8). Всем женщинам были введены две дозы препарата (100%), три дозы — 15 беременным (50%) с положительным эффектом. У одной пациентки в сроке 33 нед после введения atosибана зарегистрирована острая гипоксия плода, что послужило поводом для экстренного абдоминального родоразрешения. 29 пациенток выписаны с сохранённой беременностью. Повторная госпитализация потребовалась 10 беременным (33,3%). Пяти пациенткам со сроком беременности 32 (1,89) нед, регулярными схватками по три за 10 минут при целом плодном пузыре повторно введено по две дозы препарата. Длина их цервикального канала составила 2 (0,57) см, ширина — 1 (0,57) см. В целом в изучаемой группе средний срок беременности к моменту её завершения составил 38,2 (2) нед. В сроке до 33 нед родили 6,7% женщин, 34–37 нед — 20%, более 37 нед — 73,3%. Абдоминальное родоразрешение предпринято в восьми случаях (26,7%). Показанием для кесарева сечения были неотложные состояния в виде тяжёлой преэклампсии, отслойки нормально расположенной плаценты и внутриутробного страдания плода. Среди преждевременных родов доля абдоминальных составила шесть (75%), среди своевременных родов — двое (9,1%). Все новорождённые родились живыми. Оценка по Апгар в двух случаях была 6/7 и 7/8 баллов, в остальных — 9/10 баллов. Масса новорождённых в среднем зафиксирована на уровне 3059 (539,7) г, 63,3% составили новорождённые с массой более 3000 г.

Несмотря на большую географическую разницу регионов России и стран Ближнего Востока, проблема ПП имеет значительное сходство. Своевременная оценка состояния родовых путей и характера родовой деятельности, свидетельствовавших об угрозе преждевременных родов, позволяет провести адекватный токолиз atosибаном и предотвратить очень ранние и ранние преждевременные роды у 26,7% беременных, а у 73,3% женщин пролонгировать беременность до сроков доношенного плода.

Литература

1. Баев О.Р., Васильченко О.Н., Карапетян А.О. и др. Сравнение токолиза нифедипином и atosибаном при преждевременных родах // *Акушерство и гинекология*. — 2018. — №5. — С. 50–56.
2. Белоусова В.С., Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В. и др. Преждевременные роды: как управлять токолизом // *Акушерство и гинекология*. — 2019. — №6. — С. 102–106.
3. Радзинский В.Е., Костин И.Н., Оленев А.С. и др. Преждевременные роды — нерешённая мировая проблема // *Акушерство и гинекология: новости, мнение, обучение*. — 2018. — Т. 6. — №3. — С. 55–64.
4. Nijman T.A.J., Goedhart M.M., Naaktgeboren C.N. et al. Effect of nifedipine and atosiban on perinatal brain injury: secondary analysis of the APOSTEL-III trial // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 2018. — Vol. 51. — №6. — P. 806–812. [PMID: 28452086]

ФАКТОРЫ РИСКА ПОЗДНИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Рыбалко О.Н., аспирант кафедры;
Каладзе Н.Н., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой.
Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского, Медицинская академия
им. С.И. Георгиевского, кафедра педиатрии,
физиотерапии и курортологии ФПМКВК и ДПО
(г. Симферополь).
E-mail: zigaron@mail.ru; моб. тел.: +7 (978) 859 9069.

Нами проведён ретроспективный анализ 110 карт течения беременности и родов женщин, родивших детей на сроках 34–36 нед беременности. В ходе исследования собирался акушерско-гинекологический анамнез, рассматривались течение настоящей беременности и особенности родов. Полученные результаты наглядно демонстрируют преобладание возрастного и инфекционного факторов, которые, возможно, влияют на рождение детей поздними недоношенными.

We conducted a retrospective analysis of 110 pregnancy and childbirth reports of women who gave birth to children at 34–36 weeks of pregnancy. In the course of the study, an obstetric and gynecological history was collected, the features of the pregnancy and childbirth were considered. The results clearly demonstrate the predominance of age-related and infectious factors, which may affect the birth of children in late prematurity.

В настоящее время у детей в Российской Федерации неврологическая инвалидность достигает около 40%. Большой процент неврологической инвалидности приходится на детей, рождённых раньше срока. При анализе факторов, приводящих к преждевременному родоразрешению, оказалось, что 60% обусловлено пери- и интранатальными факторами, 10% — антенатального и около 30% — неизвестного происхождения.

Цель исследования — определение факторов риска рождения детей поздними недоношенными.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Алуштинской ЦГБ с 2019 по 2020 г. Группа обследованных включала 110 матерей, которые родили детей в сроке гестации 34–36 нед. Проводился ретроспективный анализ карт беременности и родов женщин, родивших детей на сроках с 34-й по 36-ю неделю беременности. В ходе исследования была получена информация о матерях поздних недоношенных новорождённых: возраст, состояние их здоровья до родов, перенесённые заболевания, аллергические реакции, вредные привычки.

Результаты. Средний гестационный возраст обследованных детей составил $35\pm 0,8$ нед, со средней массой при рождении 2479 ± 301 г. По гестационному возрасту дети были распределены следующим образом: 34,5% — 34 нед, 29,2% — 35 нед и 36,3% — 36 нед. Средняя оценка по шкале Апгар на первой минуте $8,5\pm 0,9$ и на пятой минуте $9,4\pm 0,9$.

Возрастные группы матерей были сформированы согласно периодам биологического возраста человека: юношеский период (16–20 лет) — 28 (25,4%); зрелый

период: ранний (20–34 года) — 24 (21,9%), поздний (35–55 лет) — 59 (52,7%). Средний возраст обследованных женщин — 30,1±8,74 года. Женщины старше 35 лет составили 59 (52,7%), что превышает количество женщин других возрастных периодов, родивших поздних недоношенных детей. Роды были через естественные родовые пути без вспомогательных родоразрешающих манипуляций. У 38 (34,5%) женщин околоплодные воды были меконияльные, у остальных обследованных женщин — без особенностей. В последи отмечалось наличие петрификатов — 19 (17,4%), последи у 91 (82,6%) женщины были без особенностей.

На основании анамнестических данных относительно соматического статуса матерей обследованных детей, течения беременности, наследственных и генетических заболеваний, вредных привычек и лекарственных воздействий во время беременности были выделены факторы риска по рождению детей в сроке 34–36 нед. Инфекционный фактор был представлен урогенитальной инфекцией — у 38 (34,5%), соматическая патология была преимущественно сосудистого генеза в виде артериальной гипертензии — у 19 (17,4%), вредные привычки (курение) — у 14 (12,7%). Без соматических заболеваний всего было 24 (21,8%) женщины.

Анамнез женщин также был оценён по шкалам оптимальности течения беременности и родов Kainer F. По шкале оптимальности течения беременности женщины в среднем получили 25±7,3 балла, в то время как нормальный процент от максимального числа баллов составляет 75±9 (SD), соответствует более чем 29 баллам. По шкале оптимальности течения родов женщины набрали 5±2,1 балла, нормальный процент от максимального числа баллов составляет 57±23 (SD), соответствует более чем 7 баллам.

Учитывая вышеизложенные данные, существует предположение, что по возрасту матерей и инфекционному фактору можно рассматривать женщин в группе риска по рождению детей поздними недоношенными. Рекомендовано ввести в протоколы оценивания рисков беременности и родов шкалу Kainer F.

Литература

1. Пальчик А.Б. Лекции по неврологии развития. — М.: МЕДпресс-информ, 2012. — 368с.
2. Шабалов Н.П. Асфиксия новорождённых. — Т. 1. — СПб.: Спец. лит., 2016. — 607с.
3. Володин Н.Н., Рогаткин С.О., Медведев М.И. Актуальные проблемы перинатальной неврологии на современном этапе // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2011. — №7. — С. 4–9.
4. Володин Н.Н. Актуальные проблемы неонатологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 448с.
5. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. — М.: Триада-Х, 2015. — 640с.
6. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорождённых. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 253с.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИСТИННОГО ВРАСТАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Студёнов Г.В., врач акушер-гинеколог, зав. родовым отделением¹;

Воронцова Н.А., врач акушер-гинеколог, ассистент кафедры акушерства и гинекологии²;

Сенникова Ж.В., канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог, ассистент кафедры акушерства и гинекологии²;

Уварова Е.Е., врач акушер-гинеколог¹;

Попов А.А., врач акушер-гинеколог¹;

Клычбаев Т.С., врач акушер-гинеколог¹;

Гаджиева Р.А., врач акушер-гинеколог¹;

¹Оренбургский областной перинатальный центр;

²Оренбургский государственный медицинский университет.

E-mail: studenov@inbox.ru;

моб. тел.: +7 (912) 340 5914.

Истинное вращение плаценты — одно из самых грозных осложнений беременности. Чаще всего приращение плаценты формируется из-за дефектов эндометрия. Это происходит, если стенка матки изменена после внутриматочных вмешательств, кесарева сечения и особенно воспалений, возникших после этих операций.

Placenta accreta is one of the most dangerous complications of pregnancy. Most often, the increment of the placenta is formed due to defects of the endometrium. This is more likely to occur if the uterine wall is altered after intrauterine interventions, caesarean sections, and, especially, inflammation that has occurred after these operations.

Ретроспективный анализ случая родоразрешения пациентки, проведённый на базе областного перинатального центра в 2020 г. Повторнобеременная повторно-родящая 29 лет доставлена в экстренном порядке бригадой скорой помощи в перинатальный центр в срок беременности 30 нед 3 дня в крайне тяжёлом состоянии. Сознание спутанное, выраженная бледность кожных покровов, холодный липкий пот, АД 40/20 мм рт.ст., пульс на периферических сосудах не определяется. Со слов мужа дома 15 мин назад она поперхнулась при питье, у неё появились жалобы на резкие боли в животе, после чего отмечено резкое ухудшение самочувствия. Акушерский статус на момент поступления: матка при осмотре возбудима при пальпации, выделений из половых путей нет. Сердцебиение плода 70 в минуту, глухие тоны. Из анамнеза: IV беременность, в анамнезе трое срочных родов без осложнений. Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания, инфекции половых путей, анемии лёгкой степени. 1, 2, 3-й УЗИ-скрининг — патологии не выявлено. Постфактум установлено, что послеродовой период третьих срочных родов осложнился на 7 сут острым метроэндометритом. В гинекологическом отделении проводилась вакуум-аспирация содержимого полости матки. Пациентка, самовольно прервав курс лечения, ушла из стационара домой. В течение месяца сохранялась лихорадка. При поступлении был выставлен диагноз: «III беременность 30 нед 3 дня. Отягощённый

акушерско-гинекологический анамнез. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Гиповолевмический шок. Дистресс плода». Учитывая критическое состояние матери и плода, проведено экстренное кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Извлечена живая недоношенная девочка, 1220 г, 35 см, с оценкой по шкале Апгар 3/6 баллов, переведена в отделение реанимации новорождённых. При ревизии в брюшной полости обнаружено 2400 мл сгустков и жидкой крови. Проведена экстериоризация матки. На наружной поверхности матки справа в дне, в проекции плацентарной площадки, определялось опухолевидное выпячивание багрово-синего цвета с крупными сосудами и лакунами крови, образованное проросшей плацентой. Снаружи плацента прикрыта серозной оболочкой матки с надрывами сосудов со сгустками крови, из сосудов продолжалось кровотечение. Интраоперационно выставлен диагноз «истинное вращение плаценты». С целью хирургического гемостаза, не принимая попыток отделения плаценты, произведена надвлагалищная ампутация матки без придатков. Общая кровопотеря составила 3000 мл. При осмотре макропрепарата обращает на себя внимание то, что со стороны полости матки плацента интимно связана с маткой по всей площади, на разрезе стенка матки бледная, в области плацентарной площадки в дне миометрий отсутствует. Во время операции проводилась реинфузия крови, гемоплазматрансфузия. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана домой на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии. Клинический случай демонстрирует жизнеугрожаемость данной патологии беременности. Формирует потребность критического отношения акушерско-гинекологической службы к пациенткам с отягощённым акушерским анамнезом, диктует необходимость снижения частоты использования инвазивных манипуляций и операций в диагностических и лечебных целях при различных нозологиях, развития системы планирования беременности, проведения прегравидарной подготовки у пациенток любой группы риска осложнений беременности.

Литература

1. Курцер М.А., Лукашина М.В., Панин А.В. и др. Истинное вращение плаценты. Органосохраняющие операции // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2009. — Т. 8. — №5. — С. 31–35.
2. Милованов А.П. Патология системы «мать–плацента–плод». — М.: Медицина, 1999. — 448 с.
3. Латышкевич О.А. Вращение плаценты у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения. Органосохраняющие операции. — М., 2015. — 133 с.

ИСХОДЫ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ВЫСОКОГОРНЫХ РАЙОНАХ

*Таджибоева Н.А., аспирант кафедры;
Галева С.А., аспирант кафедры.*

*Руководитель: Яцук А.Г., докт. мед. наук, проф., зав.
кафедрой.*

Башкирский государственный медицинский
университет, кафедра акушерства и гинекологии
с курсом ИДПО (г. Уфа).

E-mail: najibatobjiboeva@gmail.com;
моб. тел.: +7 (986) 973 7750.

Проведён ретроспективный анализ 164 историй родов беременных с гипертензивными расстройствами из высокогорных районов, которые были родоразрешены на базе областного родильного дома Согдийской области Республики Таджикистан. Сезонные закономерности, влияющие на здоровье беременных, зарегистрированы во всём мире и имеют особое значение для женщин в развивающихся странах.

A retrospective analysis of 164 birth histories of pregnant women with hypertensive disorders from highlands, who were gave birth on the basis of the regional maternity hospital of Sugd region, Republic of Tajikistan. The seasonal patterns affecting the health of pregnant women are registrated throughout the world and have particular importance to women in developing countries.

На сегодняшний день гипертензивные расстройства во время беременности являются основной причиной материнской и перинатальной смертности. Частота данного состояния составляет 13–16% всех родов. По многочисленным данным систематических обзоров, которые были проведены в различных странах мира, доказано, что такие факторы окружающей среды, как низкая температура и низкая относительная влажность воздуха, влияют на развитие и течение гипертензивных нарушений у беременных. Исходя из этого, актуальным является изучение течения гипертензивных нарушений у беременных, проживающих в условиях низкой температуры воздуха и низкой относительной влажности, например в высокогорных районах.

Цель исследования — изучить исходы беременности и способы родоразрешения у беременных с гипертензивными нарушениями, проживающих в высокогорных районах.

Для реализации поставленной цели был проведён ретроспективный анализ 164 историй родов беременных с гипертензивными нарушениями из высокогорных районов, поступивших в областной родильный дом Согдийской области Республики Таджикистан. Беременные были разделены на три группы: с гестационной гипертензией, умеренной преэклампсией

и тяжёлой преэклампсией. При изучении данных выяснилось, что из 82 случаев с тяжёлой преэклампсией своевременные роды состоялись у 53 женщин (64,6%), из 64 случаев с умеренной преэклампсией — у 43 (67,2%) и из 18 случаев с гестационной гипертензией — у девяти (50%). Беременность завершилась запоздалыми родами в девяти (10,9%) случаях с тяжёлой преэклампсией, в 16 (25%) — с умеренной преэклампсией и в шести (33,3%) — с гестационной гипертензией. Преждевременные роды были зафиксированы у 20 (24,4%) рожениц с тяжёлой преэклампсией, у пяти (7,8%) — с умеренной преэклампсией и у трёх (16,7%) рожениц с гестационной гипертензией. Исходя из сроков развития гипертензивных нарушений, выяснилось, что наиболее часто они возникали в период 37–40 нед (72%) и реже до 28 нед беременности (1,4%). Проведение операции «кесарево сечение» при гипертензивных нарушениях зависит от степени тяжести, и частота её возрастает при тяжёлых формах. Из 82 случаев с тяжёлой преэклампсией родоразрешение путём кесарева сечения было проведено в 29,5% случаев, из 64 случаев с умеренной преэклампсией — в 16,3%, а из 18 случаев с гестационной гипертензией — в 17,6%. Родовозбуждение было проведено в 73 (44,5%) случаях: в 6,1% применялись простагландины, в 25,8% проведена амниотомия и в 12,6% выполнена амниотомия с внутривенным введением окситоцина.

По данным проведённого исследования выяснилось, что тяжёлые формы гипертензивных расстройств у беременных, проживающих в высокогорных районах, часто ведут к неблагоприятным исходам беременности. Для улучшения показателей здоровья в высокогорных районах при гипертензивных расстройствах во время беременности и предупреждения развития тяжёлых форм гипертензивных нарушений рекомендуется улучшить своевременное оказание помощи по охране здоровья матери, практиковать раннее выявление и раннее направление беременных с гипертензивными нарушениями и своевременное родоразрешение.

Литература

1. Сидорова И.С. Преэклампсия. — М., 2016. — 528 с.
2. Mutabazi L. et al. Seasonal variation in the incidence of preeclampsia and eclampsia in Kigali, Rwanda // *Obstet. Gynecol.* — 2019. — Vol. 133. — P. 178.
3. Ager N., Siemiatycki J., Bilodeau-Bertrand M. et al. Ambient temperature and risk of preeclampsia: biased association // *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* — 2017. — Vol. 31. — №4. — P. 267–271. [PMID: 28464248]

МАТОЧНО-ПЛОДОВО- ПЛАЦЕНТАРНЫЙ КРОВОТОК (МППК) У ЖЕНЩИН С ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНОВ ГЕМОСТАЗА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ

Таджиева В.Д., канд. мед. наук, доц. кафедры¹;
Азизова Р.Р., врач УЗИ-диагностики².

Руководитель: **Трубникова Л.И.**, докт. мед. наук,
проф., зав. кафедрой¹.

¹Ульяновский государственный университет, кафедра
акушерства и гинекологии;

²Ульяновская областная клиническая больница.

E-mail: volida@inbox.ru;

моб. тел.: +7 (927) 824 8596.

Ретроспективный анализ контроля МППК у беременных с мутациями генов гемостаза показал, что в 17,6% беременность протекала без терапии эноксапарином натрия («Клексан®»), вследствие чего в 66,6% беременность осложнилась СЗРП с нарушением МППК, у остальных на фоне терапии эноксапарином натрия беременность протекала без осложнений, с нормальными показателями доплерометрии МППК.

A retrospective analysis of Utero-fetal-placental blood flow control in pregnancies with mutations in hemostasis genes showed that in 17,6% of cases the pregnancy proceeded without enoxaparin sodium (Clexane®) therapy, as a result of which in 66,6% fetal growth retardation syndrome with Utero-fetal-placental blood flow disturbance was complicated, in the rest, during therapy with enoxaparin sodium, the pregnancy proceeded without complications, with normal indicators of Utero-fetal-placental blood flow dopplerometry.

В структуре осложнений беременности существенная роль принадлежит осложнениям, связанным с нарушениями в системе гемостаза (по литературным данным, около 40% от всех возможных причин осложнений)^{1,2}. Осложнения можно разделить на две группы: венозные тромбоэмболические (ВТО) и акушерские (преэклампсия, синдром задержки роста плода, потери плода, отслойка плаценты и т.д.). Всем известна роль тромбофилий высокого риска. В основе патогенеза последних лежит нарушение фетоплацентарного кровообращения с тромбозами в зоне микроциркуляции плаценты.

Цель исследования — анализ особенностей течения беременности у женщин с полиморфизмом генов гемостаза под контролем доплерометрических данных МППК на фоне приёма эноксапарина натрия^{1,2}. Проведён ретроспективный анализ 26 случаев течения беременности у женщин с полиморфизмом генов гемостаза. Беременные с мутациями генов гемостаза были подразделены на следующие четыре группы: первая — мутация Лейдена (семь женщин), вторая — мутация гена протромбина F2 (одна женщина), третья — группа полиморфизмов генов гемостаза: PAI 1, ITG A2, ITG B3, F7, F13, FGB, мутация фолатного цикла (17 женщин), четвёртая — антифосфолипидный синдром (одна женщина). Средний возраст женщин составил 29,9 лет. Был проведён анализ доплерометрических данных МППК в течении беременности на фоне лечения эноксапарином натрия. В первой группе у женщин с мутацией Лейдена в 71% случаев отмечался отягощённый акушерский анамнез (привычное невынашивание беременности, неразвивающаяся беременность, преэклампсия в предыдущих родах), в 29% случаев — отягощённый семейный анамнез (по ВТЭО). Все женщины получали терапию эноксапарином натрия. На фоне данной терапии в двух случаях (29%) беременность осложнилась СЗРП. И только в одном случае (14%) было выявлено нарушение маточно-плацентарного кровотока при нормальном плодово-плацентарном кровотоке, все

остальные беременности протекали без осложнений. Во второй группе (один случай) у женщины с мутацией гена протромбина F2 и в анамнезе неразвивающейся беременностью настоящая беременность протекала на фоне терапии эноксапарином натрия без осложнений с нормальным маточно-плодово-плацентарным кровотоком во всех триместрах беременности. В третьей группе (17 женщин) с полиморфизмов генов гемостаза (*PAI 1, ITG A2, ITG B3, F7, F13, FGB*), мутацией фолатного цикла) во всех случаях (100%) наблюдался отягощённый акушерский анамнез (невынашивание). В трёх случаях (17,6%) беременность протекала без терапии эноксапарином натрия, вследствие чего беременность у двух женщин (66,6%) осложнилась СЗРП с нарушением маточно-плодово-плацентарного кровотока. В остальных случаях (14 женщин) на фоне терапии эноксапарином натрия беременность протекала без осложнений, с нормальными показателями доплерометрии МППК. В четвёртой группе (одна женщина) с антифосфолипидным синдромом с отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом на фоне терапии эноксапарином натрия беременность протекала без осложнений.

Пациентки с отягощённым семейным тромбофилическим и акушерским анамнезом должны быть обследованы на предмет наличия тромбофилии. При выявлении у таких женщин нарушений в системе гемостаза рекомендована антитромботическая терапия с ранних сроков беременности и в послеродовом периоде. Своевременная коррекция нарушений в системе гемостаза, проводимая с учётом всех клинических и лабораторных данных, позволяет существенно снизить риск осложнений для матери и плода.

Литература

1. *Беременность ранних сроков. От прегравидарной подготовки к здоровой гестации / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. — 3-е изд. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2020. — 798 с.*
2. *Fogerty A.E. Thrombocytopenia in pregnancy: approach to diagnosis and management // Semin. Thromb. Hemost. — 2020. — Vol. 46. — №3. — P. 256–263. [PMID: 32259876]*

ВТОРАЯ ПОЗИЦИЯ ПЛОДА — ГОЛОВНАЯ БОЛЬ АКУШЕРА, НЕОНАТОЛОГА, НОВОРОЖДЁННОГО

Хасанов А.А., докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева^{1,2};
Морозова Е.А., докт. мед. наук, зав. кафедрой детской неврологии³;
Петрова А.В.^{2,3}

¹Казанский государственный медицинский университет;

²детская городская больница №8;

³Казанская государственная медицинская академия (г. Казань).

E-mail: albirkhasanov@mail.ru;
моб. тел.: +7 (917) 2391500.

Одной из наиболее актуальных медицинских и социальных проблем является родовой травматизм плода. Несмотря на внедрение новых технологий в медицину, практика ведения родов остаётся прежней и уровень неврологических нарушений у младенцев не имеет тенденции к снижению. Из-за отсутствия единодушия в понимании патогенеза родовой травмы, сведения о её частоте разноречивы и колеблются от 0,4 до 70%, по данным разных авторов^{1–3}.

Ключевые слова: родовой травма, позиция плода, кривошея.

Relevance: one of the most pressing medical and social problems is fetal birth injuries. Despite the introduction of new technologies in medicine, the practice of managing childbirth remains the same, and the level of neurological disorders in infants does not tend to decrease. Due to the lack of unanimity in the pathogenesis of birth trauma, information about its frequency is contradictory and ranges from 0,4% to 70% according to different authors^{1–3}.

Keywords: birth injury, position of fruit, curvose.

Известно, что не каждая физиологически протекающая беременность заканчивается благополучными родами. На исход родов влияют многие факторы, в том числе считающиеся физиологическими. Так, одним из них является положение плода в родах. Вариант, когда спинка плода обращена к правой боковой стенке матки, называют второй позицией затылочного предлежания плода, частота которой составляет 15–30%^{4–6}.

Важным является тот факт, что вторая позиция нередко сочетается с задним видом плода. Частота встречаемости заднего вида затылочного предлежания в отечественной литературе составляет 1–3,41%^{7–12}, в зарубежной — 2–10%^{4,5,13}. Разница данных обусловлена тем, что в отечественном акушерстве роды в заднем виде считаются физиологическими и не всегда указывается задний вид в истории родов, в то время как в зарубежном акушерстве данные роды ведут с большей осторожностью, как патологические. Известно, что плод, вступая во второй период родов в заднем виде, проходя через родовой канал, может родиться в заднем виде, что составляет 2–8%, но чаще роды происходят в переднем виде — 72–96%^{6,14–16}. Случаи перехода переднего вида затылочного предлежания в задний вид редки и составляют 0,6–5,4%^{9,17}. При заднем виде затылочного предлежания вторая позиция встречается в 5 раз чаще, чем первая. В данном случае роды имеют свои особенности, повышая риск родовой травматизма в несколько раз.

В отечественном акушерстве незаслуженно мало внимания уделяется проблеме родов в заднем виде. В настоящее время в зарубежной литературе представлена большая доказательная база, на основании которой можно считать данный вид родов патологическим. Широко изучены риски родовой травматизации матери, неонатальные — в меньшей степени.

Характерным признаком родов при заднем виде плода является затяжной характер родов^{18–20}. Нередко наблюдаются осложнения: слабость родовой деятельности, клинически узкий таз, несвоевременное излитие околоплодных вод^{11,16,19,21}. По данным многих исследований, частота кесарева сечения достоверно выше при заднем виде затылочного предлежания и составляет 37–68%, при переднем виде — 27%. Применение акушерских щипцов

и вакуум-экстракции также чаще наблюдается при родах в заднем виде^{11,20,21}. Все осложнения в данных родах влекут за собой материнскую и младенческую травматизацию. Осложнения для матери: разрывы шейки матки, промочности, сфинктера — наблюдаются в три раза чаще при родах в заднем виде, чем при переднем виде, что связано с особенностями биомеханизма родов^{11,21–23}.

Осложнения для новорождённого: низкие показатели по шкале Апгар (<7 баллов) на первой и пятой минутах, высокий риск окрашивания меконием околоплодных вод и аспирации ими, значительная частота реанимационных мероприятий^{5,16,21,23}. Признаки родовой травмы у детей, рождённых в заднем виде, наблюдаются в несколько раз чаще, чем у детей, рождённых в переднем виде. Это касается и детей, рождённых во второй позиции заднего вида, так как сочетание этих положений плода в несколько раз повышает риск натальной травмы. Особенно большую нагрузку претерпевает шейный отдел позвоночника, что связано с особенностями биомеханизма данного вида родов. У младенцев, рождённых в заднем виде, чаще наблюдаются кефалогематомы, кривошея, признаки дисциркуляторно-геморрагического синдрома, нарушение мышечного тонуса^{5,20,24}.

Цель исследования — сравнительная характеристика неврологических нарушений у детей, рождённых в первой и второй позициях плода, динамическое наблюдение в неонатальном периоде.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 133 ребёнка, родившихся на сроке гестации 38–41 нед естественным путём от одноплодной беременности в затылочном предлежании в первой и второй позициях. Новорождённые были разделены на две группы: 1-ю группу составили дети, родившиеся в первой позиции плода (спинка плода обращена к левой стороне матки) — 71 новорождённый, 2-ю группу — дети, родившиеся во второй позиции (спинка плода обращена к правой стороне матки) — 62 ребёнка. Клиническое исследование включало оценку неврологического статуса новорождённого в первые часы жизни с последующей динамической оценкой к моменту выписки из родильного отделения на 5–6-й день жизни.

Результаты. Проводился сравнительный анализ исследуемых групп по ряду показателей. Данные объективного неврологического осмотра показали достоверную разницу некоторых симптомов: в группе детей, рождённых во второй позиции, чаще наблюдались кефалогематомы, кривошея. Сравнение частоты неврологических нарушений на разных этапах наблюдения (при рождении и при выписке из родильного отделения) выявили статистически значимое их снижение в обеих группах. Но частота неврологических симптомов среди детей первой группы (родившихся в первой позиции) к моменту выписки из родильного отделения статистически значимо снижалась (с 77,5 до 38,0%, $p < 0,001$), а среди детей второй группы (родившихся во второй позиции) — существенно не изменялась (с 87,1 до 79,0%, $p = 0,125$). Незначительный регресс неврологической симптоматики во второй группе свидетельствует о большей тяжести интранатального повреждения нервной системы детей, рождённых во второй позиции.

Литература

1. Бабкин П.С. Роды и новорождённый: Эволюционные, неврогенные и ятрогенные проблемы: Монография. — Воронеж: Изд-во ВГУ, 2004. — 248 с.

2. Кравченко Е.Н. Факторы риска родовой травмы // *Акушерство и гинекология*. — 2007. — №3. — С. 10–13.
3. Ратнер А.Ю. Неврология новорождённых: Острый период и поздние осложнения. — 4-е изд. — М., 2012. — 368 с.
4. Akmal S., Tsoi E., Howard R. et al. Investigation of occiput posterior delivery by intrapartum sonography // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 2004. — Vol. 24. — P. 425–428.
5. Cheng Y.W., Shaffer B.L., Caughey A.B. The association between persistent occiput posterior position and neonatal outcomes // *Obstet. Gynecol.* — 2006. — Vol. 107. — №4. — P. 837–844.
6. Ponkey S.E., Cohen A.P., Heffner L.J., Liberman E. Persistent fetal occiput posterior position: Obstetric outcomes // *Obstet. Gynecol.* — 2003. — Vol. 101. — №5. — Part 1., — P. 915–920.
7. Айламазьян Э.К. Акушерство: Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1200 с. — (Национальные руководства).
8. Луда В.И. Акушерство: Учебник. — Минск: РИПО, 2013. — 576 с.
9. Савельева Г.М. Акушерство: Учебник. — М.: Медицина, 2000. — 816 с.
10. Малиновский М.С. Оперативное акушерство. — М.: Медицина, 1955. — 456 с.
11. Арнт О.С., Трошк Е.Б., Гаджиева Т.С. Современный взгляд на проблему родов в заднем виде головного предлежания плода // *Земский врач*. — 2015. — №2. — С. 40–44.
12. Бодяжина В.И. Акушерство. — М.: Медицина, 1980. — 336 с.
13. Akmal S., Tsoi E., Kametas N. et al. Intrapartum sonography to determine fetal head position // *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* — 2002. — Vol. 12. — P. 172–177. [PMID: 12530614]
14. Azzam A.Z. Intrapartum ultrasonographic assessment of fetal occiput position: A comparison with transvaginal digital examination during the second stage of labor // *Alexandria J. Medicine*. — 2008. — Vol. 44. — №1. — P. 1–7.
15. Blsi I., D'Amico R., Fenu V. et al. Sonographic assessment of fetal spine and head position during the first and second stages of labor for the diagnosis of persistent occiput posterior position: A pilot study // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 2010. — Vol. 35. — №2. — P. 210–215. [PMID: 20101635]
16. Estrade J.P., Agostini A. Etiopathogenie des varietes posterieures de la presentation cephalique du sommet // *La lettre du Gynecologue*. — 2008. — Vol. 334. — P. 28–29.
17. Garberg M., Leonova Y., Laakkonen E. Malpresentations impact on mode of delivery // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* — 2011. — Vol. 90. — №5. — P. 540–542. [PMID: 21501123]
18. Хасанов А.А., Козлов Л.А., Нигматулина Н.А. Размер Красовского в клинически узком тазе // *Практическая медицина*. — 2007. — №1. — С. 3–4.
19. Хасанов А.А., Полукеева А.С. Особенности течения родов при второй позиции плода // V Региональный научный форум «Мать и дитя». — Геленджик, 2011. — С. 107.
20. Гайдков С.Н., Ярославский В.К. О родах в заднем виде затылочного предлежания // *Вопросы охраны материнства и детства*. — 1990. — Т. 35. — №10. — С. 73.
21. Senecal J., Xiong X., Fraser W.D. Effect of fetal position on second stage duration and labor outcome // *Obstet. Gynecol.* — 2005. — Vol. 105. — №4. — P. 763–772. [PMID: 15802403]
22. Pearl M.L., Roberts J.M., Laros R.K., Hurd W.W. Vaginal delivery from the persistent occiput posterior position: Influence on maternal and neonatal morbidity // *J. Reprod. Med.* — 1993. — Vol. 38. — P. 955–961. [PMID: 8120853]
23. Морозова Е.А., Петрова А.В., Хасанов А.А. Сравнительная характеристика неврологического статуса детей, рождённых в I и II физиологических позициях // *Русский журнал детской неврологии*. — 2016. — №11. — С. 22–31.
24. Морозова Е.А., Сергеева Р.Р., Морозов Д.В. Предикторы развития неонатальных судорог у детей с перинатальной

патологией мозга // Практическая медицина. — 2019. — №17
(7). — С. 117–121.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ БАЛЛОННОЙ ОККЛЮЗИИ АОРТЫ ДЛЯ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ С ВРАСТАНИЕМ (*PL. PERCRETA*) (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Шостак Д.П., акушер-гинеколог;

*Шостак И.А., гинеколог высшей категории, зав.
отделением оперативной гинекологии №1.*

Региональный перинатальный центр (г. Калининград).

E-mail: shinshilla_x@mail.ru;

моб. тел.: +7 (911) 125 9626.

Описание клинического случая по поводу родоразрешения при предлежании плаценты с вращением (*pl. percreta*) с применением временной баллонной окклюзии аорты.

*Description of a clinical case for delivery in placental presentation with ingrowth (*pl. percreta*) using temporary balloon aortic occlusion.*

Истинное вращение плаценты встречается с частотой 1:2500–1:7000 родов, при этом в последние годы распространенность данной патологии значительно увеличилась в связи с ростом количества операций кесарева сечения. Основными причинами вращения плаценты являются рубец на матке после кесарева сечения и предлежание плаценты. Наиболее серьёзным последствием вращения плаценты является повышенный риск развития кровотечения при её отделении. Применение в последние годы техники временной баллонной окклюзии аорты при кесаревом сечении позволяет снизить интраоперационную потерю и в некоторых случаях сохранить репродуктивную функцию женщины (при возможности выполнения органосохраняющих операций). Одна из таких операций была выполнена в марте 2020 года в региональном перинатальном центре Калининградской области.

Клинический случай: повторноремеменная повторно-родящая женщина (37 лет) была госпитализирована по поводу предлежания плаценты на сроке 25 нед 1 день в отделение патологии беременности №1 РПЦ Калининградской области. На момент осмотра жалоб не предъявляла. Анамнез жизни — без особенностей. Наследственный и аллергоанамнез — без особенностей. Вредные привычки отрицает. Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, по 4–5 дней через 28 дней, регулярные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Эрозия шейки матки (без лечения). Беременность — 3-я, роды — 3-и. 2004 г. — роды срочные оперативные (плановое кесарево сечение по поводу рубца на матке); 2012 г. — роды срочные оперативные (экстренное кесарево сечение ввиду несостоятельности рубца на матке); 2019 г. — настоящая

беременность. Беременность проходит на фоне анемии 2-й степени (медикаментозная коррекция). Rh-отрицательная принадлежность крови, титра антител нет. УЗИ в 26 нед (в стационаре РПЦ): предлежание плаценты. Приращение плаценты? УЗИ в 28 нед: предлежание плаценты. Не исключено вращение плаценты. В 28 нед введён антирезусный иммуноглобулин. УЗИ в 30 нед: предлежание плаценты. Нельзя исключить вращение плаценты. МРТ в 30 нед (заключение): состояние после двух КС. Беременность 29 нед, поперечное положение плода. МР-картина перешеечной беременности, центрального предлежания плаценты. МР-картина не позволяет исключить признаки вращающейся плаценты по типу *pl. Increta* в области передней стенки матки, а также центрально-латерально справа с переходом на заднюю стенку и в области перешейка матки, с подозрительным участком в отношении наличия сосудов, достигающих серозного покрова мочевого пузыря, а также области параметрии справа (оценить на полученных МРТ не представляется возможным). МР-картина истончения рубцов на матке от КС. В дальнейшем была проведена телемедицинская консультация с ФГУНЦАиГ им. В.И. Кулакова: было принято решение провести родоразрешение путём кесарева сечения на сроке 36–37 нед в условиях РПЦ Калининградской области с участием сосудистого хирурга. Решение о расширении объёма операции принять интраоперационно. 18 марта 2020 г. после катетеризационной цистоскопии и эндоваскулярной баллонной окклюзии брюшной аорты были произведены лапаротомия, кесарево сечение, экстирпация матки без придатков. В процессе операции при помощи аппарата SATS проводилась аутогемотрансфузия (реинфузия 469 мл крови). Интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде проводилась плазматрансфузия. Общая кровопотеря составила 2300 мл. В удовлетворительном состоянии с анемией лёгкой степени роженица выписана на 7-е сутки. Ребёнок — в удовлетворительном состоянии под наблюдением в отделении патологии новорождённых ввиду гестационного срока (при рождении — живая недоношенная девочка, 2750/49, 8/9 баллов по шкале Апгар). Заключительный диагноз: «Роды 3-и оперативные преждевременные при сроке 36 нед 5 дней в ягодичном предлежании. Предлежание плаценты. Вращение плаценты (*placenta percreta*) в верхнюю треть влагалища и параметрии с двух сторон. ОАГА. Два рубца на матке. Rh-отрицательная принадлежность крови. Плановая лапаротомия. Донное кесарево сечение. Экстирпация матки без придатков. Дренирование брюшной полости. Катетеризация мочеточников. Временная баллонная окклюзия аорты. Аутогемотрансфузия. Плазматрансфузия».

Как мы видим, командная профессиональная работа и применение современных оперативных технологий и аппаратуры позволяют значительно снизить операционные риски и улучшить качество жизни пациента.

КЛИНИКО- АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНЫМИ ФЕНОТИПАМИ ПРЕЭКЛАМПСИИ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Щеклеина К.В., акушер-гинеколог центра
пренатальной диагностики¹.

Руководитель: **Николаева М.Г.**, докт. мед. наук,
проф. кафедры².

¹Алтайский краевой клинический перинатальный
центр «ДАР»;

²Алтайский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии с курсом ДПО.

E-mail: schekleinakv@gmail.com;

моб. тел.: +7 (913) 2131643.

Ретроспективный анализ 173 историй беременности и родов, осложнившихся развитием тяжёлой преэклампсии (ПЭ), выявил общеизвестные факторы риска в анамнезе: ожирение, гипертоническую болезнь, сахарный диабет. Их весовые коэффициенты не отличались в подгруппах ранней и поздней ПЭ. Исключение составил фактор отягощённого семейного тромботического анамнеза у родственников первой линии до 45 лет, преимущественно за счёт острых коронарных событий.

The retrospective analysis 173 documents of pregnancy and labor complicated with pre-eclampsia (PE) has revealed well-known risk factors: anamnestic PE, obesity, hypertension and diabetes. Their weight coefficients didn't differ in subgroups of early and late PE, except family trombotic anamnesis at the first line relatives till 45 years, mainly of sharp coronary events.

Преэклампсия (ПЭ) регистрируется у 2–8% беременных и, не имея тенденции к снижению, занимает 2–3-е место в структуре материнской смертности в мире. Согласно современным гипотезам, выделяют два фенотипа ПЭ: с ранней (до 34 нед гестации) и поздней (после 34 нед) манифестацией. Доказано, что механизмы формирования этих подтипов акушерской патологии различны, что, безусловно, определяет различные перинатальные и акушерские исходы. В связи с этим актуальным остаётся поиск клинически значимых предикторов и биологических маркёров, способных на ранних сроках гестации выделить пациенток высокой группы риска по развитию различных фенотипов ПЭ.

Цель исследования — определить возможность прогнозирования плацентарной и материнской ПЭ по данным соматического анамнеза на прегравидарном этапе и в I триместре беременности. Проведено двуцентровое ретроспективное когортное исследование, основанное на

изучении историй беременности и родов 373 пациенток, родоразрешённых на базе родильного дома городской больницы №11 г. Барнаула и Санкт-Петербургского родильного дома №6 им. В.Ф. Снегирёва за период 2009–2018 гг. Выделены две группы: контрольная — 200 пациенток, беременность которых завершилась родами в срок при отсутствии гестационных осложнений; основная — 173 женщины, беременность которых осложнилась развитием ранней и поздней (тяжёлой) ПЭ.

В основной группе соотношение фенотипов ПЭ определено как 1/3, что согласуется с мировыми литературными данными. При этом у 12 (27,3%) женщин тяжёлая ранняя ПЭ реализовалась на сроке до 28 нед беременности, что в том числе определило неблагоприятные перинатальные исходы. При анализе данных соматического анамнеза определены общеизвестные факторы риска развития ПЭ: ожирение (OR3,1; 95% CI: 1,8–5,5; p=0,001), гипертоническая болезнь (OR4,1; 95% CI: 1,6–10,5; p=0,002), сахарный диабет (OR4,5; 95% CI: 1,5–8,5; p=0,049), весовые коэффициенты которых не отличались в группах ранней и поздней ПЭ, за исключением фактора отягощённого семейного тромботического анамнеза у родственников первой линии до 45 лет, преимущественно за счёт острых коронарных событий (20,5 против 3,9%; OR5,2; 95% CI: 1,7–16,6; p=0,04). Проведённый нами анализ риска развития ПЭ по калькулятору The fetal medicine foundation в основной группе показал достаточно низкую чувствительность (58%) данного теста для прогнозирования ПЭ в I триместре беременности. При включении статистически значимых показателей, выделенных при проведении однофакторного анализа, в модель логистической регрессии мы также не получили модели с высокой предсказательной способностью — 61% (AUC=0,58; 95% CI: 0,54–0,62).

Таким образом, на прегравидарном этапе и в I триместре беременности не получено ни одного теста с достаточными чувствительностью и специфичностью, обеспечивающими раннюю предикцию к развитию различных фенотипов ПЭ. Учитывая доказанный ранее многими исследователями факт нарушения гемостатического баланса в патогенезе развития ПЭ и выявленный нами фактор семейных тромботических событий у женщин с реализовавшейся плацентарной ПЭ, считаем целесообразным проанализировать вектор нарушений в системе гемостаза и степень их выраженности у пациенток группы высокого риска для определения дополнительных параметров с последующим добавлением в оценочную шкалу риска с целью повышения её предсказательной способности.

Литература

1. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия: Клинические рекомендации (протокол лечения). — 2016.
2. Boyd H.A., Tahir H., Wohlfahrt J., Melbye M. Associations of personal and family preeclampsia history with the risk of early-, intermediate- and late-onset preeclampsia // *Am. J. Epidemiol.* — 2013. — Vol. 178. — №11. — P. 1611–1619. [PMID: 24049162]
3. English F.A., Kenny L.C., McCarthy F.P. Risk factors and effective management of preeclampsia // *Integr. Blood Press Control.* — 2015. — Vol. 3. — №8. — P. 7–12. [PMID: 25767405]
4. Rana S., Lemoine E., Granger J.P., Karumanchi S.A. Preeclampsia: pathophysiology, challenges, and perspectives // *Circ. Res.* — 2019. — Vol. 124. — №7. — P. 1094–1112. [PMID: 30920918]

Неонатология

2021 ПЕДИАТРИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ



ИПН

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

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

Под эгидой Общероссийской информационно-образовательной инициативы
«Педиатрия и неонатология: развитие клинических практик»

11–13 февраля Санкт-Петербург

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

1–3 апреля Москва

VI Общероссийская конференция
«**FLORES VITAE.
ПЕДИАТРИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ**»
«Azimut Отель Олимпик Москва»
Очно + онлайн

4–7 сентября Сочи

XII Всероссийская
научно-практическая
конференция и выставка
«**ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА**»
Гранд-отель «Жемчужина»*

4–7 сентября Сочи

VIII Общероссийская конференция
с международным участием
«**КОНТРАВЕРСИИ НЕОНАТАЛЬНОЙ
МЕДИЦИНЫ И ПЕДИАТРИИ**»
Гранд-отель «Жемчужина»*

26–27 ноября Москва

VII Общероссийская конференция
«**FLORES VITAE.
ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ**»
Гостиничный
комплекс «Измайлово»,
корпус «Гамма-Дельта»*

Научно-практические школы

«**ПЕДИАТРИЯ: ОТ СИНДРОМА
К ДИАГНОЗУ И ЛЕЧЕНИЮ**»
«**НЕОНАТОЛОГИЯ: ИННОВАЦИИ
С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ
МЕДИЦИНЫ. ИНТЕНСИВНАЯ
ТЕРАПИЯ В ПЕДИАТРИИ**»
10–12 школ в течение года

Онлайн-планетарий для педиатров и неонатологов

adASTRA ★
УЧИТЬСЯ · КОГДА · УДОБНО!
Общероссийский цикл звездных
вебинаров от StatusPraesens ★
ДЛЯ ВРАЧЕЙ

ХИТ! Журнал «StatusPraesens. Педиатрия и неонатология»

Разбор сложных клинических
случаев, острых проблем,
рекомендации по действиям
в конкретных ситуациях



Объединяем усилия – расширяем возможности!

StatusPraesens spnavigator

+7 (499) 346 3902

stpraesens

ova@praesens.ru

praesens

praesens.ru

statuspraesens

КАЛЕНДАРЬ МЕРОПРИЯТИЙ SP

* Если неблагоприятная эпидемиологическая обстановка сохранится, то мероприятие перейдет в онлайн-формат.
Подробности уточняйте на сайте praesens.ru.

ПОЧЕЧНОЕ МАЛОВОДИЕ В ПРЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ И ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЁННЫХ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ КИСТОЗНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЧЕК

Андреева Э.Ф., канд. мед. наук, ассистент кафедры;
Савенкова Н.Д., докт. мед. наук, проф., зав.
кафедрой.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет, кафедра факультетской
педиатрии.

E-mail: A-Elvira@yandex.ru;
моб. тел.: +7 (812) 4165286.

Почечное маловодие в пренатальном периоде развивается вследствие снижения или отсутствия функции почек плода. Наследственные кистозные болезни почек плода — нередкая причина почечного маловодия (РОН, renal oligohydramnios) — являются причиной острого повреждения почек в структуре Поттер-последовательности и летального исхода в неонатальном и грудном периодах.

Renal oligohydramnios in the prenatal period develops due to a decrease or absence of fetal kidney function. Hereditary cystic kidney diseases of the fetus — a common cause of renal oligohydramnios (ROH), are the cause of acute kidney injury in the structure of the Potter sequence and death in the neonatal and thoracic periods.

Во второй половине беременности объём околоплодных вод зависит от состояния функции почек плода^{1,2}. Важным критерием прогноза Поттер-последовательности (ПП) является гестационный срок плода на момент развития почечного маловодия^{3–6}. Высокая частота мертворождений, летальных исходов при рождении, в грудном и раннем возрасте при тяжёлом течении наследственных кистозных болезней почек (НКБП) обусловлена ДН и нефункционирующими почками в структуре ПП^{7,8}. Развитие ПП нередко требует выхаживания новорождённого с НКБП в отделении интенсивной терапии с 4-м уровнем оказания медицинской помощи и начале заместительной почечной терапии (ЗПТ) перитонеальным диализом в неонатальном периоде⁹.

Цель исследования — установить частоту перенесённого почечного маловодия, клинику и исход ПП среди детей с НКБП.

Материалы и методы. В исследование включены 20 детей с НКБП, у которых пренатально по результатам УЗИ подтверждено почечное маловодие.

Результаты. Из 155 детей с поликистозом почек с аутосомно-доминантным типом наследования (АДПП) у восьми (5,2%) пренатально после 30 нед гестации установлено почечное маловодие, из них у двух маловодие подтверждено одновременно с выявлением кист в почках

плода, у шести — после обнаружения почечных кист. Из восьми новорождённых с очень ранним выявлением АДПП, перенёсших маловодие, у двух (25%) в неонатальном периоде диагностирован Поттер-фенотип. У одного из восьми новорождённых с АДПП, перенёсших маловодие, установлено развитие ОПП 1-й стадии с восстановлением функции почек в неонатальном периоде в результате проводимой консервативной терапии, в возрасте 2 мес зарегистрирована нефрогенная артериальная гипертензия с поражением органа-мишени (гипертрофия миокарда левого желудочка). У одного (12,5%) из восьми новорождённых с АДПП, перенёсших маловодие, установлено развитие ОПП 3-й стадии с исходом в терминальную уремию. Несмотря на проводимую новорождённому с 9-го дня жизни заместительную почечную терапию (ЗПТ) перитонеальным диализом, в неонатальном периоде констатирован летальный исход по причине ДН и ОПП.

Из 20 детей с поликистозом почек с аутосомно-рецессивным типом наследования (АРПП) у 12 (60%) пренатально по результатам УЗИ установлено почечное маловодие после 18 нед гестации. Из 12 новорождённых с АРПП, перенёсших маловодие, у восьми (67%) в неонатальном периоде диагностирован Поттер-фенотип. У пяти (42%) из 12 новорождённых с АРПП, перенёсших почечное маловодие, установлено развитие ОПП 3-й стадии, из них у трёх с исходом в терминальную уремию. Снижение почасового диуреза, отёки, артериальная гипертензия отмечены у четырёх, гидроперикард у одного новорождённого с ОПП при АРПП. У трёх (25%) из 12 детей с АРПП, перенёсших почечное маловодие, констатирован летальный исход по причине ДН и ОПП, из них у двух — в периоде новорождённости, у одного — в грудном возрасте. У одного из пяти детей с АРПП после перенесённого ОПП в неонатальном периоде констатировано формирование ХБПСЗ (СКФ по формуле Schwartz 32 мл/мин) к 3 годам, у одного — не привело к восстановлению функции почек в возрасте 1 года.

Заключение. Почечное маловодие и Поттер-фенотип встречаются чаще при АРПП у плода, чем при АДПП ($p < 0,001$). Среди детей с АРПП и АДПП, перенёсших почечное маловодие, не получено статистически значимых различий в частоте летальных исходов в неонатальном и грудном периодах. Прогноз Поттер-последовательности при почечном маловодии зависит от степени нарушения функции почек. При АРПП (ОММ 263200, ОРНА:731) 67% новорождённых имеют проявления Поттер-последовательности в результате почечного маловодия, которое диагностируют после 18 нед гестации. Развитие почечного маловодия и формирование Поттер-последовательности при наследственных кистозных болезнях почек у плода является критерием тяжести основного заболевания, определяет прогноз выживаемости и свидетельствует о резком снижении или отсутствии функции почек.

Литература

1. Aulbert W., Kemper M.J. Severe antenatally diagnosed renal disorders: background, prognosis and practical approach // *Pediatr. Nephrol.* — 2015. — Vol. 31 (4). — P. 563–574.
2. Vogt B.A., Springel T. The kidney and urinary tract of the neonate. // *Martin R.J., Fanaroff A.A., Walsh M.C. (ed.). Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine diseases of the fetus and infant, 11th ed.* — Elsevier, 2019. — P. 1871–1895.

3. Miyahara J., Yamamoto M., Motoshige K. et al. Survival of a very low-birthweight infant with Potter sequence on long-term hemodialysis // *Pediatrics International*. — 2016. — Vol. 58 (7). — P. 604–606.
4. Mehler K., Gottschalk I., Burgmaier K. et al. Prenatal parental decision-making and postnatal outcome in renal oligohydramnios // *Pediatric Nephrology*. — 2017. — Vol. 33 (4). — P. 651–659.
5. Ruf K., Wirbelauer J., Beissert A., Friauff E. Successful treatment of severe arterial hypotension and anuria in a preterm infant with renal tubular dysgenesis. A case report // *Maternal Health, neonatology and perinatology*. — 2018. — Vol. 4 (1). — 27 p.
6. Bolaji O., Erinomo O., Adebara O. et al. Autosomal recessive polycystic kidney disease (ARPKD) in a Nigerian newborn: a case report // *Pan. Afr. Med. J.* — 2018. — Vol. 30. — 172 p.
7. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д. Кистозные болезни почек у детей (обзор литературы) // *Нефрология*. — 2012. — Т. 16. — №3. — С. 34–47.
8. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д. Течение аутомно-доминантного и аутомно-рецессивного поликистоза почек (АДПП и АРПП), выявленных в пренатальном, неонатальном и грудном периодах у детей // *Нефрология*. — 2019. — №23 (5). — С. 77–87.
9. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д. Частота встречаемости ренального маловодия и его исходы в неонатальном периоде при аутомно-рецессивном поликистозе почек (АРПП) // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. — 2019. — №64 (4). — 234 с.

РОЛЬ ВРОЖДЁННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ БИЛИАРНОЙ АТРЕЗИИ

Бем Е.В., канд. мед. наук, ассистент кафедры;
Фёдорова Л.А., канд. мед. наук, доц. кафедры;
Мызникова И.В., ассистент кафедры, зав.
отделением патологии новорождённых
и недоношенных детей.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет, кафедра неонатологии
с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП
и ДПО.

E-mail: e.bohm@inbox.ru;
моб. тел.: +7 (911) 974 4202.

Билиарная атрезия (БА) — деструктивное, воспалительное заболевание, при котором прогрессирующий фиброз билиарного дерева у младенца приводит к обструкции жёлчных протоков и, как следствие, к циррозу печени (ЦП). Этиология БА остаётся неизвестной, предполагается сочетание генетической предрасположенности, триггерной роли вирусов и прогрессирующего аутоиммунного ответа. Значительно более высокая частота встречаемости цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) у младенцев с БА (24,5%) была выявлена по сравнению с частотой встречаемости вируса в общей популяции (0,64%). Все дети с БА должны быть обследованы на наличие антител к ЦМВИ.

Вопрос необходимости проведения этиотропной терапии нуждается в дальнейшем изучении.

Biliary atresia (BA), is a destructive, inflammatory disease in which progressive biliary tree fibrosis in an infant leads to obstruction of the bile ducts and, as a result, to cirrhosis of the liver. If untreated, progressive cirrhosis leads to death by 2 years. The etiology of BA remains unknown, a combination of genetic predisposition, the trigger role of viruses and a progressive autoimmune response is assumed. A significantly higher incidence of CMV in infants with BA (24.5%) was detected compared to the incidence of the virus in the general population (0.64%). All children with BA should be examined for antibodies to CMV. The need for etiotropic therapy needs further study.

Атрезия желчевыводящих путей, или билиарная атрезия (БА), — деструктивное, воспалительное заболевание, при котором прогрессирующий фиброз билиарного дерева у младенца приводит к обструкции жёлчных протоков и, как следствие, к циррозу печени (ЦП). При отсутствии лечения прогрессирующий ЦП заканчивается летальным исходом к 2 годам. Заболеваемость БА колеблется от 1:5000 до 1:19 000 новорождённых и зависит от географического положения¹.

Этиология БА остаётся неизвестной, текущие исследования предполагают комбинацию генетической предрасположенности, триггерной роли вирусов и прогрессирующего аутоиммунного ответа, что приводит к повреждению жёлчных протоков, фиброзу и билиарному циррозу¹.

Одно из предположений, что БА может быть опосредована вирусными инфекциями в перинатальном периоде. У многих пациентов с БА выделялся как минимум один вирус; однако прямой причинно-следственной связи обнаружено не было. Самый большой объём публикаций, подтверждающих вирусную инфекцию как триггер в патогенезе БА, относится к цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ). По данным метаанализа, проведённого в 2007 г., частота распространённости врождённой ЦМВИ в общей популяции составила 0,64%, большинство заболеваний протекало бессимптомно². Однако этот метаанализ выявил значительно более высокую частоту встречаемости ЦМВИ у младенцев с БА (24,5%). Shen C. et al. сообщили, что группа детей с ЦМВИ имела низкий уровень исчезновения желтухи, более высокий уровень послеоперационных восходящих холангитов³. Часть исследователей выделяют отдельную форму БА — ЦМВИ-ассоциированную БА, которая составляет 10–15% от всех БА и ассоциирована с худшим прогнозом для жизни⁴.

Вполне вероятно, что вирусная инфекция является кратковременной, что в некоторых случаях не позволяет идентифицировать вирус. Тем не менее вирусная инфекция холангиоцитов может заложить основу для aberrантного иммунного ответа, нацеленного на холангиоциты и приводящего к прогрессирующему повреждению билиарного тракта и циррозу печени⁵.

Другой важной причиной для беспокойства является тот факт, что при выявлении ЦМВИ у младенцев с длительной желтухой может быть выставлен неправильный диагноз неонатального гепатита, вторичного по отношению к ЦМВИ, что приводит к поздней диагностике БА и ухудшает прогноз для жизни, так как своевременно не проводится операция Касаи^{6,7}.

Опыт проведения антивирусной терапии детям с БА с положительным IgM к ЦМВИ ограничен, поэтому делать

вывод о её эффективности преждевременно, рекомендовано обязательное проведение тестирования на ЦМВИ всем детям с БА^{4,8,9}.

В перинатальном центре СПбГПМУ в отделении патологии новорождённых и недоношенных детей в 2019–2020 гг. проходили обследование и получали лечение четыре ребёнка с диагнозом «билиарная атрезия». Это были доношенные дети, родившиеся с массой тела более 3000 г, в удовлетворительном состоянии, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов и более. У двух детей были выявлены при рождении пороки развития (у одного — врождённый порок сердца и мальротация кишечника, у второго — врождённая низкая кишечная непроходимость). Двое других детей были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. У всех четырёх детей ахолия стула появилась на 3-й неделе жизни, отмечалось усиление желтухи с зеленоватым оттенком, гепатомегалия. У одного ребёнка, который родился и был прооперирован в ПЦ по поводу врождённой кишечной непроходимости, была заподозрена БА к концу первого месяца жизни и в возрасте 5 нед была проведена биопсия печени, по результатам которой был поставлен диагноз БА. Остальные трое детей были госпитализированы в больницы по месту жительства на втором месяце жизни, где получали лечение по поводу неонатального гепатита. На третьем месяце жизни они были переведены в ПЦ для проведения дополнительного обследования. По результатам комплексного обследования, включавшего выполнение биопсии печени, этим детям был выставлен диагноз «билиарная атрезия». У двух детей была диагностирована синдромальная форма БА, у остальных двух — несиндромальная форма БА. При обследовании на ВУИ у двух детей была диагностирована цитомегаловирусная инфекция (были положительная ПЦР к ЦМВ в крови, моче и слюне, IgM+ к ЦМВ).

Наше наблюдение очень ограничено, но обращает внимание поздняя постановка диагноза в трёх случаях из четырёх в связи с отсутствием настороженности врачей первичного звена в отношении БА, а также подтверждается необходимость обследования на ЦМВИ детей с БА. Вопрос о необходимости проведения этиотропной терапии нуждается в дальнейшем изучении.

Литература

1. Govindarajan K.K. Biliary atresia: Where do we stand now? // *World J. Hepatol.* — 2016. — Vol. 8 (36). — P. 1593–1601.
2. Kenneson A., Cannon M.J. Review and meta-analysis of the epidemiology of congenital cytomegalovirus (CMV) infection // *Rev. Med. Virol.* — 2007. — Vol. 17 (4). — P. 253–276.
3. Shen C., Zheng S., Wang W., Xiao X.M. Relationship between prognosis of biliary atresia and infection of cytomegalovirus // *World Journal of Pediatrics.* — 2008. — Vol. 4 (2). — P. 123–126.
4. Burns J., Davenport M. Adjuvant treatments for biliary atresia // *Transl. Pediatr.* — 2020. — Vol. 9 (3). — P. 243–255.
5. Вольнец Г.В., Хавкин А.И., Никитин А.В. Современный взгляд на билиарную атрезия у детей // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* — 2020. — №173 (1). — С. 40–55.
6. Goedhals D., Kriel J., Hertzog M.L., Janse van Rensburg M.N. Human cytomegalovirus infection in infants with prolonged neonatal jaundice // *Journal of Clinical Virology.* — 2008. — Vol. 43 (2). — P. 216–218.
7. Fischler B., Svensson J.F., Nemeth A. Early cytomegalovirus infection and the long-term outcome of biliary atresia // *Acta Paediatrica.* — 2009. — Vol. 98. — P. 1600–1602.

8. Mohamed S.O.O., Ali A.H.M. et al. Detection of Cytomegalovirus infection in infants with biliary atresia: A meta-analysis // *medRxiv.* — 2020. — 05.04.20090134.

9. Parolini F., Hadzic N., Davenport M. Adjuvant therapy of cytomegalovirus IgM + ve associated biliary atresia: Prima facie evidence of effect // *Journal of Pediatric Surgery.* — 2019. — Vol. 54 (9). — P. 1941–1945.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА МЛАДЕНЦЕВ, РОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИИ

Большина Ю.С., студентка¹;

Кучина О.А., врач-неонатолог².

Руководители: Ледайкина Л.В., докт. мед. наук, проф.¹;

Радынова С.Б., канд. мед. наук, доц.¹

¹Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва (г. Саранск, Республика Мордовия);

²Рузаевская центральная районная больница (г. Рузаевка, Республика Мордовия).

E-mail: yunona357@gmail.com;

моб. тел.: +7 (960) 331 4113.

Ретроспективный анализ 31 истории развития новорождённых от женщин с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в Республике Мордовии показал отсутствие состояний дезадаптации в неонатальном периоде. У новорождённых не выявлены клинические и лабораторно-инструментальные признаки манифестации COVID-19.

A retrospective analysis of 31st histories of newborns development from women with a new coronavirus infection COVID-19 in the Republic of Mordovia revealed the absence of maladjustment in the neonatal period. Newborns have no clinical and laboratory and instrumental signs of COVID-19 manifestation.

Пандемия новой коронавирусной инфекции (НКИ) COVID-19 создаёт опасения, связанные с возможным влиянием на плод и новорождённого, так как ещё недостаточно изучено воздействие SARS-CoV-2 на беременную женщину и плод, возможность вертикальной передачи заболевания, развития осложнений как со стороны матери, так и плода.

Цель исследования — оценить течение неонатального периода у новорождённых от матерей с НКИ и возможность вертикальной передачи COVID-19. Проведён ретроспективный анализ историй развития у 31 новорождённого от женщин с COVID-19, находившихся в ГБУЗ Республики Мордовии «Рузаевская

центральная районная больница» в период с мая 2020 г. по октябрь 2020 г.

Доношенными оказались 90% новорождённых, 10% приходится на новорождённых с задержкой внутриутробного развития и на недоношенных со сроком гестации 34–35 и 36 нед. При оценке по шкале Апгар сразу после рождения у 23% новорождённых констатировано 9 баллов, 61% — 8 баллов, 16% — 7 баллов, а через 5 мин у 61% — 9 баллов, 26% — 8 баллов, 13% — 7 баллов. Вес детей, рождённых через естественные родовые пути, составил 3412±401 г, путём кесарева сечения — 3152±381 г. Нормальную массу тела имели 88% новорождённых, 6% — низкую массу тела и 6% — массу тела свыше 4000 г. Рост детей, рождённых через естественные родовые пути, составил 51,1±1,7 см, путём кесарева сечения — 50,2±1,6 см. Все новорождённые имели нормальный рост. Общее состояние 84% новорождённых при первичном осмотре было удовлетворительным. У 16% новорождённых — средней степени тяжести, что обусловлено родовой травмой (кефалогематома левой теменной кости) у одного новорождённого, у одного — в связи с недоношенностью, у одного — из-за перенесённой внутриутробной гипоксии, у одного — за счёт возбудимости, у одного — обусловлено незрелостью. Сатурация у всех новорождённых была в пределах нормы и составила 97–99%. Показатели общего анализа крови соответствовали нормальным значениям согласно возрастным особенностям. Токсическая эритема диагностирована у 32% новорождённых. Синдром гипертонической возбудимости установлен у 29% новорождённых. Церебральная ишемия I степени диагностирована у 10% новорождённых. Неонатальная желтуха отмечена у 55% новорождённых, причём 45% детей потребовалась фототерапия. При исследовании мазков из носо- и ротоглотки, взятых в первые сутки, а также на 3, 11 и 12-е сутки после рождения на определение РНК SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции, у всех новорождённых результаты оказались отрицательными. Данный факт свидетельствует в пользу отсутствия вертикальной передачи и постнатального заражения НКИ COVID-19.

Таким образом, 90% новорождённых детей, рождённых от матерей с НКИ COVID-19 в Республике Мордовии имеют нормальный срок гестации. Течение неонатального периода у новорождённых от женщин с COVID-19 характеризуется отсутствием состояния дезадаптации. Обследования с целью выявления НКИ у новорождённых от матерей с COVID-19 показало, что у новорождённых отсутствуют как клинические признаки, так и данные лабораторно-инструментальных исследований манифестации COVID-19.

Литература

1. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 9 (26.10.2020)».
2. Временная инструкция Минздрава РФ №17–1 / И1–2004 от 10 апреля 2020 г.
3. Радьнова С.Б., Белькина Ю.С. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 и беременность // *Дневник науки*. — 2020. — №10.

НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ НОВОЙ ФОРМЫ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ

Бондарь В.А., аспирант.

Руководитель: **Давыдова И.В., докт. мед. наук.**
Национальный медицинский исследовательский центр
здоровья детей.
E-mail: bondva23@gmail.com;
моб. тел.: +7 (925) 825 0890.

Ретроспективный анализ 600 историй болезни детей с бронхолёгочной дисплазией свидетельствует о постепенном нарастании числа пациентов с новой формой этого заболевания, начиная с 31,6% в 2012 г. до 80% в 2019 г., что является следствием совершенствования интенсивной терапии недоношенных новорождённых и оптимизации протоколов неонатальной реанимации.

The retrospective analysis of 600 clinical cases of children with bronchopulmonary dysplasia indicates a gradual increase in the number of patients with a new form of this disease, starting from 31.6% in 2012 to 80% in 2019, which is a consequence of the improvement of intensive care for premature infants and the optimization of neonatal resuscitation protocols.

Совершенствование методов респираторной поддержки детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ, широкое использование эффективных методов интенсивной терапии в лечении недоношенных новорождённых, а также переход Российской Федерации на критерии живорождения и мертворождения ВОЗ в 2012 г. способствовали росту частоты формирования новой формы БЛД в популяции.

Цель исследования — проанализировать динамику частоты формирования новой формы БЛД у детей, госпитализированных в НМИЦ здоровья детей с 2012 по 2019 г. В настоящем исследовании проведён ретроспективный анализ 369 историй болезни детей с новой формой БЛД и 231 истории болезни детей с классической формой заболевания. Математическая обработка материала произведена с использованием статистического пакета IBM SPSS6.0, Microsoft Office Excel 7.0. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

В 2012 г. отмечалось преобладание классической формы бронхолёгочной дисплазии (156 [68,4%] из 228 детей с верифицированным диагнозом). Паритетное соотношение приходится на 2013 г. (50% составляла классическая форма и 50% новая форма заболевания). Этот период соответствует окончательному переходу Российской Федерации на критерии живорождения и мертворождения ВОЗ и разработке новых подходов к терапии респираторного дистресс-синдрома. Возможность сохранения жизни подобным пациентам привела к патоморфозу респираторных нарушений и преобладанию новой формы БЛД. С 2014 г. у 57 (64,8%) из 88 пациентов с БЛД, наблюдавшихся в НМИЦ здоровья детей, верифицирована новая форма заболевания. В 2016 и 2017 гг. этот показатель составлял 57 и 58,1% соответственно. К концу 2018 г. он достиг 75% (n=75 из 100), а в 2019 г. — 80% (n=80 из 100).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что новая форма бронхолегочной дисплазии сейчас является основной. Тенденция увеличения случаев детей с данной патологией указывает на то, что методы диагностики и профилактики должны постоянно совершенствоваться и «идти в ногу со временем». Изучение наследственных основ БЛД — стремительно развивающееся направление современной медицины. Выявление молекулярно-генетических предикторов развития новой формы заболевания, а также клинико-анамнестическая оценка групп недоношенных детей в настоящее время являются наиболее перспективными методами прогноза формирования новой формы БЛД с целью своевременного назначения медикаментозной профилактики этой патологии.

Литература

1. Давыдова И.В., Фисенко А.П., Пожарищенская В.К. и др. Новая форма бронхолегочной дисплазии: реалии сегодняшнего дня // Доктор.Ру. — 2020. — №19 (10). — С. 6–9.
2. Антонов А.Г., Борисевич О.А., Буркова А.С. и др. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении: Методическое письмо Минздрава РФ №15–0/10/2–11336 от 16 декабря 2011 г. — М., 2011. — 36 с.
3. Пожарищенская В.К., Давыдова И.В., Савостьянов К.В. и др. Клинико-анамнестические и молекулярно-генетические факторы риска формирования бронхолегочной дисплазии у недоношенных детей // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. — 2019. — №98 (6). — С. 78–85.
4. Давыдова И.В., Намазова-Баранова Л.С., Яцък Г.В. и др. Профилактические стратегии на этапах формирования и течения бронхолегочной дисплазии // Педиатрическая фармакология. — 2014. — №11 (2). — С. 34–38.
5. Беляшова М.А., Овсянников Д.Ю., Огородова Л.М. Молекулярно-генетические механизмы развития бронхолегочной дисплазии // Неонатология: новости, мнения, обучение. — 2015. — №3. — С. 50–68.

ТРОМБОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Будалова А.В., аспирант кафедры акушерства и гинекологии, неонатологии, анестезиологии и реаниматологии.

Руководитель: **Харламова Н.В.**, докт. мед. наук.
Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова.
E-mail: nastena110492@yandex.ru;
моб. тел.: +7 (962) 155 0799.

Анализ индексов тромбоцитов у недоношенных новорождённых позволил выделить особенности тромбоцитарного звена гемостаза в зависимости от массы и длины тела при рождении, срока гестации, тяжести асфиксии. Знание данных особенностей поможет персонализированно подходить к прогнозированию развития геморра-

гических нарушений в раннем неонатальном периоде.

Analysis of platelet indices in premature newborns allowed us to identify the features of platelet hemostasis depending on the weight and length of the body at birth, gestational age, and severity of asphyxia. Knowledge of these features will help to make a personalized approach to predicting the development of hemorrhagic disorders in the early neonatal period.

Ранний неонатальный период у недоношенным новорождённых часто осложнён развитием геморрагических и тромботических нарушений, что утяжеляет течение основного заболевания и приводит к повышению доли инвалидности. В настоящее время медицинские учреждения, оказывающие помощь новорождённым, оснащены самыми современными гематологическими анализаторами, у врача появилась возможность определения большего количества показателей крови, в том числе индексов тромбоцитов. Определение особенностей индексов тромбоцитов у недоношенных новорождённых и факторов, на них влияющих, поможет в прогнозировании развития нарушений в системе гемостаза, определении тактики ведения данных пациентов, а следовательно, позволит снизить заболеваемость и смертность.

Цель исследования — изучить тромбоцитарные индексы, факторы, определяющие их особенности, у недоношенных новорождённых. На базе ФГБУ «ИвНИИМиД им. В.Н. Городкова» обследованы 78 новорождённых со сроком гестации от 24 до 34 нед, на 3–5-е сутки жизни была выполнена оценка данных анамнеза, определены индексы тромбоцитов: PLT (количество тромбоцитов), PCT (тромбокрит), PDW (ширина распределения по объёму), LargePlt (большие формы тромбоцитов), MPC (гранулярность), MPM (средняя сухая масса) с использованием гематологического анализатора Advia 2120i. Анализ данных проведён с использованием программного пакета Statistica 13.0. Гестационный возраст (ГВ) новорождённых составил 30,0 (28,0–31,0) нед. Масса тела при рождении 1215,0 (960,0–1400,0) г, длина тела 36,0 (34,0–38,0) см. ЭНМТ при рождении имели 40,2% детей, с ОНМТ — 59,8% детей. Получены индексы тромбоцитов: PLT: 195,0 (132,0–264,0)×10³ кл/мкл; PDW: 63,5 (59,1–60,0)%; PCT: 0,19 (0,13–0,26)%; MPC: 23,3 (21,5–24,0) g/dl; MPM: 2,16 (1,98–2,33) pg; Large Plt: 9,0 (7,0–13,0)×10³ кл/мкл. Новорождённые с ЭНМТ имели меньшее количество тромбоцитов в крови (p<0,024), у них чаще регистрировалось снижение гранулярности тромбоцитов (p<0,004) и повышение средней сухой массы тромбоцитов (p<0,0002). Недоношенные новорождённые с ГВ менее 32 нед, в отличие от новорождённых с ГВ 32–34 нед, имели более низкую гранулярность тромбоцитов (p<0,025). Прослеживается положительная корреляционная связь массы и длины тела при рождении и количества тромбоцитов в крови (г 0,33, p<0,002; г 0,28, p<0,013) и отрицательная корреляционная связь массы и длины тела и средней сухой массы тромбоцитов (г –0,46, p<0,00002; г –0,35, p<0,0025). Недоношенные новорождённые, родившиеся в состоянии тяжёлой асфиксии, имели более низкие показатели гранулярности тромбоцитов в отличие от детей со среднетяжёлой асфиксией (p<0,025). Нами установлены особенности индексов тромбоцитов у недоношенных новорождённых в зависимости от срока гестации, массы и длины тела при рождении и тяжести асфиксии. Новорож-

дённые с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде склонны к тромбоцитопении, снижению гранулярности тромбоцитов и повышению средней сухой массы тромбоцитов. Следовательно, у недоношенных новорождённых с ЭНМТ образуются низкоактивные тромбоциты, несмотря на их повышенную среднюю сухую массу. У более зрелых новорождённых преобладают высокогранулированные тромбоциты, что указывает на повышение их функциональной активности.

Литература

1. Харламова Н.В., Матвеева Е.А., Шилова Н.А. и др. Состояние здоровья новорождённых детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела // Актуальные вопросы профилактики, диагностики и рациональной терапии заболеваний детского возраста: Материалы межрегиональной научно-образовательной конференции, посвящённой 45-летию организации детской специализированной службы Ивановской области. — 2017. — С. 107–108.
2. Леонова Е.Ю., Сняжкин О.Ю. Особенности системы гемостаза у новорождённых детей // Охрана материнства и детства. — 2016. — №2 (28). — С. 76–81.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ВЫБОРЕ ТЕРАПИИ НЕОНАТАЛЬНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Власенко Н.Ю., канд. мед. наук, доц. кафедры
госпитальной педиатрии, зав. кафедрой педиатрии
ДПО, детский эндокринолог¹;

Юдицкая Т.А., канд. мед. наук, ассистент кафедры
госпитальной педиатрии, зав. отделением²;

Юнзман Н.В., детский эндокринолог².

¹Омский государственный медицинский университет;

²областная детская клиническая больница,
кардиоэндокринологическое отделение
(г. Омск).

E-mail: vlaso@mail.ru;
моб. тел.: +7 (903) 927 4849.

Для правильного подбора терапии диабета, возникшего в неонатальном периоде, необходимо проведение молекулярно-генетического исследования с точной верификацией диагноза.

For the correct selection of therapy for diabetes that occurred in the neonatal period, it is necessary to conduct a molecular genetic study with accurate verification of the diagnosis.

Неонатальный сахарный диабет (НСД) встречается у детей первых 6 мес жизни, представляет собой группу гетерогенных по этиопатогенезу и клиническим признакам заболеваний, для которых характерна стойкая (более 2 нед) гипергликемия. Выделяют два вида НСД: перманентный и транзиторный. Перманентный НСД менее распространён, чем транзиторный НСД. Развитие перманентного варианта вызывают мутации в 10 генах, из них мутация в гене *ABCC8* составляет 24%, мутация в гене *KCNJ11*—38%. Вашему вниманию представляются два клинических

случая детей с дебютом сахарного диабета в раннем возрасте.

По нашим наблюдениям находился ребёнок Д., рождённый 16.05.2017, высокие цифры гликемии (27,7 ммоль/л) у которого отмечались с двухмесячного возраста, когда после проведения прививки против гепатита В и пневмококковой инфекции отмечалось повышение температуры до 38–40 °С, снижение аппетита, судороги в конечностях, лицевой мускулатуре. Судороги с потерей сознания, длительные, тонико-клонические, кома. По тяжести состояния был госпитализирован в реанимационное отделение детской инфекционной больницы, где находился 45 дней с диагнозом «менингоэнцефалит неуточнённый, тяжёлая форма, с многоочаговым поражением вещества полушарий мозга лобных и теменных долей, судорожный синдром» (длительное ИВЛ, зондовое кормление). Получал этиотропную и симптоматическую терапию. Несмотря на титрование инсулина, цифры гликемии с эпизодами гипогликемии до 1,2 ммоль/л, гипергликемия — до 30 ммоль/л.

В возрасте 3 мес ребёнок переводится в специализированное эндокринологическое отделение ОДКБ. При поступлении состояние тяжёлое. Сохраняется неврологическая симптоматика. Судорожная готовность. Объём кормления не усваивал, срыгивания большими объёмами. Жажда, полиурия. Выраженные проявления контактного дерматита, плохо поддающегося терапии. На фоне инсулинотерапии (детемир, суточная доза 3ЕД [0,6 ЕД/кг/сут]) гликемия лабильная, колебания от 3,0 до 26,0 ммоль/л. НвАс 8,9%. С-пептид в крови 14 пмоль/л (норма 258–1718). Учитывая трудности достижения компенсации, необходимость дозирования минимальных доз инсулина, была установлена помпа, но в связи с отсутствием комплаентности со стороны семьи — помпа была снята. По результатам медико-генетического тестирования (в отделении наследственных эндокринопатий, ЭНЦ, г. Москва) от 12.12.2017 в гене *ABCC8* (*NM_000352.4*) выявлен гетерозиготный вариант с. 631С> А р. Q211 К, описанный при неонатальном СД. В качестве перорального сахароснижающего препарата было выбрано производное сульфонилмочевины 2-го поколения глибенкламид в средней дозе 0,57 мг/кг в сутки, титрация дозы в течение 4 нед. На данной терапии колебания гликемии от 6 до 15 ммоль/л.

Второй клинический случай — новорождённый М., цифры гликемии у которого нарастали с первых суток жизни. Ребёнок от первой беременности, протекавшей на фоне гестационного сахарного диабета (повышение глюкозы с 36-й недели беременности, проводилась коррекция диетой). Роды в срок, путём кесарева сечения. В первые сутки отмечалась гипергликемия 5,9 ммоль/л, на вторые сутки глюкоза — 8,7 ммоль/л, на четвёртые сутки — 6,2 ммоль/л, на пятые сутки — 6 ммоль/л. От дальнейшей госпитализации мама отказалась. При выписке было рекомендовано контролировать гликемию по месту жительства. Через 2 нед, получив значение гликемии 27 ммоль/л, мама вызвала скорую медицинскую помощь. При осмотре в ОРИТ состоянии новорождённого тяжёлое, эксикоз I степени, омфалит, неврологическая симптоматика. Крик громкий, раздражённый. Вскармливание искусственное, прибавка в весе за 15 дней 44 г. Поза полуфлексии. Ребёнок возбуждён, гиперактивен, тремор конечностей, спонтанный рефлекс Моро, мышечная дистония. Лабораторное обследование: глюкоза при поступлении 13 ммоль/л, общий анализ мочи (сахар + гликеми-

ческий профиль) 14,3–27,2–19,6–23,6–26,1 ммоль/л. УЗИ абдоминальное без структурных изменений. Проводились инфузионная терапия в режиме нормодегидратации, для коррекции гипергликемии — титрование инсулина ультракороткого действия в начальной дозе 0,025 ед/кг/ч, в динамике доза была снижена до 0,01–0,015 ед/кг/ч под контролем гликемии. Был выставлен предварительный диагноз «неонатальный сахарный диабет». Отправлена выписка на консультацию в федеральный центр. Ребёнок был переведён на интенсифицированную терапию инсулинами (детемир + лизпро). Установлен сенсор «Энлайт» в левом бедре с целью мониторинга уровня глюкозы. На фоне инсулинотерапии гликемия лабильная, колебания от 3,4 до 30,0 ммоль/л, продолжается подборка дозы инсулина.

30.11.2020 было проведено медико-генетическое тестирование (в отделении наследственных эндокринопатий ЭНЦ г. Москва), по результатам которого в гене *KCNJ11* (*NM_000525.3*) выявлен гетерозиготный вариант с. 175G>A: p.V59M (*rs80356616*; HGMD: *CM040762*), описанный при неонатальном СД. В связи с подтверждённым неонатальным СД планируется переход от инсулинотерапии к производному сульфонилмочевины 2-го поколения глибенкламиду.

Заключение. При возникновении сахарного диабета в возрасте до 6-месячного возраста необходимо проведение молекулярно-генетического исследования, что позволяет определиться с дальнейшей тактикой лечения пациента. Несмотря на разные мутации, выявленные у наблюдаемых пациентов, в обоих случаях возможна замена инсулинотерапии на пероральные сахароснижающие препараты.

Литература

1. Дедов И.И., Тихонович Ю.В., Петрайкина Е.Е. и др. Молекулярно-генетическая верификация и лечение неонатального сахарного диабета, обусловленного дефектами АТФ-зависимых калиевых каналов: результаты наблюдения 9 больных и первое описание мутаций гена *ABCC8* в России // *Проблемы эндокринологии*. — 2011. — №2. — С. 3–9.
2. Емельянов А.О., Кураева Т.Л., Прокофьев С.А. и др. Неонатальный сахарный диабет: эффективность терапии препаратами сульфонилмочевины в зависимости от типа мутаций в гене *KCNJ11* // *Проблемы эндокринологии*. — 2014. — №1. — С. 57–63.
3. Утц И.А., Шабаров В.К., Кравченко А.Р. и др. Перманентный неонатальный сахарный диабет: клиническое наблюдение // *Саратовский научно-медицинский журнал*. — 2015. — Т. 11. — №2. — С. 160–164.
4. Проект клинических рекомендаций РАСПМ, 2016. Дети от матерей с сахарным диабетом. Сахарный диабет у новорождённых.
5. Herescu I.E., Mintici L., Purcaru M., Ioacasa S., Fica S. Перевод с инсулина на производные сульфонилмочевины пациента с перманентным неонатальным сахарным диабетом: клинический случай // *Проблемы эндокринологии*. — 2016. — Т. 62. — №1. — С. 20–21.

ВОЗМОЖНАЯ ВЕРТИКАЛЬНАЯ ПЕРЕДАЧА COVID-19

*Гареева А.И., врач акушер-гинеколог¹;
Белопольская М.А., канд. мед. наук,
врач-инфекционист¹, научный сотрудник².*

¹Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина;

²Институт экспериментальной медицины.

E-mail: aygul.gareeva.90@mail.ru;

моб. тел.: +7 (911) 130 9589.

Тяжёлая форма COVID-19 у матери не является обязательным условием для инфицирования новорождённого. Оперативное родоразрешение не исключает инфицирование новорождённого. Новорождённые с подтверждённой инфекцией COVID-19 в большинстве случаев не имеют клинических симптомов заболевания.

Ключевые слова: РНК SARS-CoV-2, COVID-19, новорождённые, беременные.

The goal of this investigation was to assess the perinatal outcomes of COVID-19 infection during pregnancy and the possibility of vertical transmission. A severe form of COVID-19 in a mother is not a prerequisite for infection of a newborn. Operative delivery does not preclude infection of the newborn. Newborns with confirmed COVID-19 infection in most cases do not have clinical symptoms of the disease.

Keywords: RNA SARS-CoV-2, COVID-19, newborns, pregnant women.

Инфекция, вызванная SARS-CoV-2, передаётся воздушно-капельным путём, однако другие пути предполагаются. Описано несколько случаев перинатальной передачи, однако существуют разногласия относительно того, может ли инфекция, вызванная SARS-CoV-2, передаваться внутриутробно от инфицированной матери её младенцу.

Цель исследования — оценить перинатальные исходы инфекции COVID-19 при беременности и возможность вертикальной передачи.

Методы. Ретроспективно проанализированы клинические особенности и исходы у 14 новорождённых с подтверждённой инфекцией COVID-19, рождённых в КИБ им С.П. Боткина за период с марта по август 2020 г., и их матерей. Критерием постановки диагноза у новорождённых послужили положительные анализы ПЦР на РНК SARS-CoV-2 из носоглотки и кала.

Результаты. Анализ историй болезни матерей показал, что тяжёлое течение инфекции COVID-19 было у трёх (21,4%), что потребовало лечения в условиях интенсивной терапии, у четырёх (28,6%) заболевание протекало бессимптомно, у остальных было отмечено течение средней тяжести. В большинстве случаев первыми симптомами были сухой кашель (семь; 50%) и повышение температуры тела (семь; 50%). Пневмония как осложнение была диагностирована в семи случаях (50%). На долю преждевременных родов пришлось 21,4%, это три случая. Родоразрешены путём операции кесарева сечения были шесть женщин — 42,7%, показаниями послужили отсутствие биологической готовности к родам, несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения, тяжёлая преэклампсия с HELLP-синдромом, клинически узкий таз. Исследование показало, что гипоксия плода чаще встре-

чалась у новорождённых от матерей со среднетяжёлой и тяжёлой степенью инфекции COVID-19.

Анализ историй болезни новорождённых показал, что ни у одного ребёнка не было клинических проявлений инфекции и что выявление РНК SARS-CoV-2 у новорождённого не зависит от степени тяжести заболевания матери.

У семи (50%) новорождённых был отмечен тромбоцитоз, причина данного явления требует дальнейшего изучения.

Заключение.

1. Тяжёлая форма COVID-19 у матери не является обязательным условием для инфицирования новорождённого.

2. Оперативное родоразрешение не исключает инфицирования новорождённого.

3. Новорождённые с подтверждённой инфекцией COVID-19 в большинстве случаев не имеют клинических симптомов заболевания.

Литература

1. Elshafeey F., Magdi R., Hindi N. et al. A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* — 2020. — Vol. 150 (1). — P. 47–52.
2. Kyle M.H., Glassman M.E., Khan A. et al. A review of newborn outcomes during the COVID-19 pandemic // *Seminars in Perinatology WB Saunders.* — 2020. — С. 151–286.
3. Беженарь В.Ф. и др. Спорные вопросы акушерской тактики при ведении беременности и родоразрешении пациенток с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. — М.: ООО «Бионика Медиа»; Акушерство и гинекология. — 2020. — Т. 5. — С. 13–21.

ПАРАМЕТРЫ ТРОМБОЭЛАСТОГРАММЫ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ- ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ПРИ АППАРАТНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ

Гомелля М.В., докт. мед. наук, проф. кафедры детских болезней и детских инфекций;

Филиппов Е.С., докт. мед. наук, проф. кафедры детских болезней и детских инфекций;

Зарубин А.А., ассистент кафедры симуляционных технологий;

Тихонова К.А., ординатор 2-го года;

Мойсеева Э.Д., ординатор 2-го года;

Егорова Т.А., ординатор 2-го года;

Соломенная Е.Э., ординатор 1-го года;

Вандиц Н.И., ординатор 1-го года.

Иркутский государственный медицинский университет.

E-mail: kmorians@mail.ru;

моб. тел.: +7 (950) 110 9051.

У новорождённых с гипоксически-ишемической энцефалопатией отмечается гиперкоагуляция по

параметрам тромбоэластографии. На фоне аппаратной терапевтической гипотермии отмечается гипокоагуляция по данным параметрам. После согревания интегральные параметры гемостаза стабилизировались.

Ключевые слова: гемостаз, терапевтическая гипотермия, тромбоэластография, гипоксически-ишемическая энцефалопатия.

In the newborns with the hypoxic-ischemic encephalopathy hypercoagulation is observed according to the parameters of thromboelastography. Against the background of hardware therapeutic hypothermia hypocoagulation is noted according to these parameters. After warming the integral parameters of hemostasis are stabilized.

Keywords: hemostasis, therapeutic hypothermia, thromboelastography, hypoxic-ischemic encephalopathy.

Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) широко распространена и тяжело протекает. В структуре детской инвалидности неврологические нарушения составляют 50%, у 70–80% они обусловлены перинатальными факторами. Одна из ведущих ролей в патогенезе ГИЭ принадлежит изменениям гемостаза. Тромбоэластография (ТЭГ) у новорождённых с ГИЭ при применении терапевтической гипотермии позволяет оценить интегральные показатели свёртывающей системы, предотвратить осложнения.

Цель исследования — определить особенности свёртывающей системы крови с помощью ТЭГ при ГИЭ у новорождённых на фоне терапевтической гипотермии. Обследованы 118 новорождённых: группа I — 59 новорождённых с тяжёлой асфиксией в родах, получавших аппаратную терапевтическую гипотермию, подгруппа I-A — новорождённые с острой гипоксией плода (ОГП); I-B — новорождённые с ОГП на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода (ХВУГП); группа II — 39 новорождённых с тяжёлой асфиксией, не получавших терапевтическую гипотермию: II-A — новорождённые с ОГП; II-B — новорождённые с ОГП на фоне ХВУГП; группа III (контроля) — 20 здоровых новорождённых без асфиксии. Исследование гемостаза: тромбоэластограф ТЕГ-5000 (Haemonetics Corporation, США), параметры: R — энзиматическая часть коагуляции; K — кинетика образования сгустка; α — скорость роста фибриновой сети; MA — максимальная прочность сгустка; LY30 — лизис сгустка; CI — коагуляционный потенциал крови.

При анализе ТЭГ в подгруппах I-A и I-B при поступлении выявлена статистически значимая гиперкоагуляция в сравнении со здоровыми по основным параметрам: уменьшение R ($p=0,001$), K ($p=0,001$), увеличение MA ($p=0,001$). В подгруппах I-A и I-B в 1-е и 3-и сутки жизни параметры ТЭГ статистически значимо отличались от аналогичных в III группе: увеличение R ($p=0,001$), K ($p=0,001$), уменьшение α ($p=0,001$) и MA ($p=0,001$), что доказывает гипокоагуляцию на фоне терапевтической гипотермии, при удовлетворительных параметрах CI ($p=0,234$ и $p=0,432$ соответственно) и LY30 ($p=0,387$ и $p=0,091$ соответственно). MA в I-A и I-B значимо ниже, чем в группе III, что может свидетельствовать о снижении количества тромбоцитов, фибриногена на фоне терапевтической гипотермии. После согревания к 6-м суткам жизни отмечается стабилизация параметров ТЭГ в сравнении с результатами во время лечебной гипотермии: количество тромбоцитов ($p=0,001$), R ($p=0,001$), K ($p=0,001$), α

Научно-практическая школа «НЕОНАТОЛОГИЯ: инновации с позиций доказательной медицины»

РЕГИСТРАЦИЯ



 Никакой воды!

 Конкретные советы
экспертов

 Только практические
решения

 Алгоритмы
консультирования

 Разбор клинических
случаев

 Обучающие
мастер-классы

Научно-практическая школа «ПЕДИАТРИЯ: от синдрома к диагнозу и лечению»

РЕГИСТРАЦИЯ



ВНИМАНИЕ!

Участие в школах бесплатное! Количество мест ограничено!
Для участия в Школе зарегистрируйтесь на сайте praesens.ru



StatusPraesens
profmedia



 spnavigator

 +7 (499) 346 3902

 stpraesens

 ova@praesens.ru

 praesens

 praesens.ru

 statuspraesens



(Angle) ($p=0,001$), MA ($p=0,001$). Таким образом, тяжёлая асфиксия в родах приводит к гиперкоагуляции в свёртывающей системе крови по основным параметрам ТЭГ; на фоне лечебной гипотермии отмечается гипокоагуляция; после согревания основные интегральные параметры гемостаза стабилизировались.

Литература

1. Бакаева А.К., Калиева А.С. Управляемая гипотермия у новорождённых // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. — 2016. — №6. — С. 27–29.
2. Буланов А.Ю. Тромбоэластография в современной клинической практике: атлас ТЭГ. — М.: НЬЮДИАМЕД, 2015. — 114 с.
3. Shankaran S. Therapeutic hypothermia for neonatal encephalopathy // Curr. Opin. Pediatr. — 2015. — Vol. 27. — P. 152–157.

СВЁРТЫВАЮЩАЯ СИСТЕМА КРОВИ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ПРИ АППАРАТНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ

Гомелля М.В., докт. мед. наук, проф. кафедры детских болезней и детских инфекций;

Филиппов Е.С., докт. мед. наук, проф. кафедры детских болезней и детских инфекций;

Тихонова К.А., ординатор 2-го года;

Заматицкова Ю.О., ординатор 2-го года;

Хабеева А.П., ординатор 1-го года;

Сырыглар У.С., ординатор 1-го года;

Иркутский государственный медицинский университет.

E-mail: kmorians@mail.ru;

моб. тел.: +7 (950) 110 9051.

Тяжёлая асфиксия у новорождённых в родах приводит к гиперкоагуляции. На фоне аппаратной терапевтической гипотермии при гипоксически-ишемической энцефалопатии отмечается гипокоагуляция к 3-м суткам жизни с последующей стабилизацией основных параметров гемостаза после согревания к 6-м суткам жизни.

Ключевые слова: гемостаз, терапевтическая гипотермия, коагулограмма, гипоксически-ишемическая энцефалопатия.

The severe asphyxia in newborns during childbirth leads to hypercoagulation. Against the background of hardware therapeutic hypothermia in hypoxic-ischemic encephalopathy, hypocoagulation is observed by the 3d day of life followed by the stabilization of the main parameters of hemostasis after warming up by the 6th day of life.

Keywords: hemostasis, therapeutic hypothermia, coagulogram, hypoxic-ischemic encephalopathy.

Частота гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) у доношенных новорождённых — два-девять случаев на 1000 новорождённых, из них 10–15% погибают в неонатальном периоде. 80% детей с тяжёлой ГИЭ имеют серьёзные осложнения. В патогенезе ГИЭ большая роль принадлежит изменениям гемостаза, в связи с чем его исследование при применении аппаратной терапевтической гипотермии позволит снизить частоту осложнений и улучшить прогноз.

Цель исследования — выявить особенности скрининговых параметров плазменного гемостаза при ГИЭ у новорождённых в зависимости от вида острой гипоксии на фоне проведения аппаратной терапевтической гипотермии.

Обследованы 118 новорождённых. Группа I — 59 новорождённых с тяжёлой асфиксией в родах, получавших терапевтическую гипотермию: подгруппа I-A — с острой гипоксией плода (ОГП); I-B — с ОГП на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода (ХВУГП). Группа II — 39 детей с тяжёлой асфиксией и не получавших терапевтическую гипотермию: II-A — с ОГП; II-B — с ОГП на фоне ХВУГП. Группа III контроля — 20 здоровых новорождённых. Скрининг коагулограммы: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПТВ), международное нормализованное соотношение, тромбиновое время (ТВ), фибриноген, Д-димер (автоматический коагулометр CS-2000i; Sysmex, Япония), математическая обработка (MS Excel 2013; Microsoft Corporation, США), Statistica 8.0 (StatSoft Inc., США).

У новорождённых с тяжёлой асфиксией в первые сутки отмечается гиперкоагуляция по сравнению со здоровыми (по АЧТВ, МНО, ПТВ и ТВ) ($p=0,001$). На фоне лечебной гипотермии к 3-м суткам в II-A и II-B показатели стабилизировались, уровень тромбоцитов значимо не изменился; к 6-м суткам показатели не имели значимых различий при сравнении с аналогичными в группе III. В I-A и I-B на фоне лечебной гипотермии к 3-м суткам жизни отмечается статистически значимая гипокоагуляция ($p=0,001$) по АЧТВ (98,1 [93,2–103,1] и 103,8 [96,4–109,2] соответственно), ПТВ (23,5 [21,3–25,6] и 25,6 [23,4–28,5] соответственно), МНО (2,0 [1,7–2,1] и 2,3 [1,9–2,6] соответственно), фибриногену (1,2 [0,7–1,7] и 0,8 [0,5–1,2] г/л соответственно); в I-A и I-B — значимое снижение тромбоцитов к 3-м суткам жизни и нарастание их после согревания. После согревания показатели не имели значимых различий при сравнении со здоровыми ($p=0,001$). Кровотечения в 1-е сутки наблюдались у трёх (8,33±2,84) новорождённых в I-A, трёх (13,04±3,55) — в I-B, двух (10±3,13) — в II-A, трёх (15,79±3,91) — в II-B. Структура кровотечений: лёгочное — 36,36% (четыре случая), кефалогематомы — 54,54% (шесть случаев), в мягкие ткани — 36,36% (четыре случая). Чаще кровотечения были при ОГП на фоне ХВУГП. Таким образом, у новорождённых с ГИЭ отмечается гиперкоагуляция в системе гемостаза; при лечебной гипотермии к 3-м суткам отмечается гипокоагуляция; после согревания к 6-м суткам жизни — стабилизация скрининговых параметров гемостаза.

Литература

1. Бакаева А.К., Калиева А.С. Управляемая гипотермия у новорождённых // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. — 2016. — №6. — С. 27–29.
2. Forman K.R., Diab Y. Coagulopathy in newborns with hypoxic ischemic encephalopathy treated with therapeutic hypothermia // BMC Pediatrics. — 2014. — Vol. 14. — P. 1–6.

3. De Robertis E. Coagulopathy induced by acidosis, hypothermia and hypocalcaemia in severe bleeding // *Minerva Anesthesiol.* — 2015. — Vol. 8. — P. 134–148.

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Журавлёва Л.Н., доц. кафедры педиатрии.

Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет (г. Витебск, Белоруссия).

E-mail: Zhuravleva_pediatria@mail.ru;

моб. тел.: +37 (533) 675 4917.

Определение концентрации sICAM-1 у новорождённых на 1–2-е сутки жизни является чувствительным, точным и быстрым биомаркером и может широко использоваться для диагностики генерализованных форм инфекционных заболеваний в практике неонатолога.

Determination of the concentration of sICAM-1 in newborns on the 1–2 days of life is a sensitive, accurate and rapid biomarker and can be widely used for the diagnosis of generalized forms of infectious diseases in the practice of a neonatologist.

В настоящее время представления о патогенезе воспалительного процесса значительно видоизменились. Установлено, что наряду с бактериемией, интоксикационным синдромом, недостаточным функционированием системы иммунитета важную роль играет дисфункция эндотелия. Молекула межклеточной адгезии-1 (ICAM-1—от англ. Intercellular adhesion molecule type 1) участвует в адгезии лейкоцитов к эндотелию и может иметь решающее значение в регулировании активации лейкоцитов при очень ранней воспалительной реакции.

Цель исследования — определение порогового значения уровня sICAM-1 у новорождённых при наличии инфекционно-воспалительного заболевания.

Материалы и методы. Данное исследование выполнялось в 2020 г. на базах роддомов города Витебска и Витебского областного детского клинического центра. В группу детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями были включены 15 новорождённых с генерализованной инфекцией, специфичной для перинатального периода (ИСПП), 27 новорождённых с врождённой пневмонией, группу сравнения составили 15 новорождённых без инфекционно-воспалительной патологии. Все дети, включённые в исследование, были недоношенными (гестационный возраст 28–36 нед). Объектом исследования была сыворотка крови новорождённых детей на 1–2-е и 9–14-е сутки жизни.

Результаты исследования. Анализ уровня растворимой формы молекулы межклеточной адгезии-1 (sICAM-1) (мг/л) в сыворотке крови, полученной в 1-е сутки жизни, позволил установить, что данный показатель был значительно повышен у детей с инфекционной патологией (168,5

[72,3–267,5]) и генерализованной ИСПП (268,7 [175,2–568,9]), в контрольной группе — 80,3 [38–146]. Значительное увеличение sICAM-1 у пациентов всех групп (в группе детей с ИСПП — 367,5 [187,4–783,5], с врождённой пневмонией — 398,5 [191,2–509,6] и в контрольной группе — 224,6 [90,1–367,6]) в возрасте 9–14 дней можно объяснить переходом детей из относительно гипоксической внутриматочной среды во внешнюю насыщенную кислородом внематочную среду, а также дети с ИСПП и врождённой пневмонией в большом проценте получали дополнительную дотацию увлажнённого кислорода. Более того, у новорождённых есть ещё незрелый или недостаточный механизм антиоксидантной защиты, что приводит к относительному усилению перекисного окисления липидов и окислительному стрессу. При внутригрупповом анализе следует отметить тот факт, что дети с летальным исходом ИСПП (два случая) имели очень высокий уровень sICAM-1 (более 700 мг/л) в сыворотке крови на 1–2-й день жизни, чем у выздоровевших детей. Но из-за малого количества летальных исходов, наблюдавшегося в данной выборке пациентов, сделать вывод о корреляционной связи повышения уровня sICAM-1 и летальности не представляется возможным.

При анализе корреляционной взаимосвязи мы не обнаружили связи между sICAM-1 и гестационным возрастом пациентов, тяжестью течения воспалительного процесса. Мы выявили значительную ($p < 0,05$) положительную корреляцию между концентрацией sICAM-1 в сыворотке крови на 1–2-й день и сроком нахождения ребёнка на ИВЛ ($R = 0,34$, $p = 0,01$), а также между уровнем sICAM-1 в 1–2-е сутки жизни и длительностью антибактериальной терапии ($R = 0,35$, $p = 0,002$), отрицательная корреляционная связь со шкалой Апгар ($R = -0,67$, $p = 0,05$ и $R = -0,83$, $p = 0,002$ на 1-й и 5-й минутах соответственно).

При проведении ROC-анализа было установлено, что уровень растворимой формы молекулы межклеточной адгезии-1 (sICAM-1) в сыворотке крови на 1–2-е сутки жизни более 280 мг/л у недоношенных новорождённых с ИСПП может служить диагностическим критерием генерализованной формы воспаления ($AUC = 0,894$, 95% ДИ 0,692–0,87; $p < 0,01$).

В заключение хотелось бы отметить, что растворимая форма молекулы межклеточной адгезии-1 (sICAM-1) в сыворотке крови у недоношенных новорождённых является чувствительным, точным и быстрым биомаркером и может широко использоваться для диагностики генерализованных форм врождённых инфекционных заболеваний в практике неонатолога.

ОЦЕНКА СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ МОЛЕКУЛЫ КЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ sICAM У НОВОРОЖДЁННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ГИПОКСИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС

*Ильенко Л.И., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой;
Албагачиева Д.И., канд. мед. наук, ассистент
кафедры.*

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра госпитальной педиатрии №2 педиатрического факультета.
E-mail: albdiana@yandex.ru; моб. тел.: +7 (905) 753 3355.

Прижизненная оценка изменений, возникающих в клетках нервной ткани при перинатальных гипоксических поражениях ЦНС у новорождённых детей в постнатальном периоде, остаётся малоизученной проблемой. До настоящего времени актуальным является поиск ранних маркёров повреждения головного мозга, в частности провоспалительного фактора — молекулы клеточной адгезии ALCAM.

The intravital assessment of the changes occurring in the cells of the nervous tissue during perinatal hypoxic lesions of the central nervous system in newborns in the postnatal period remains a poorly studied problem. Until now, the search for early markers of brain damage, in particular, a pro-inflammatory factor — the cell adhesion molecule ALCAM, is relevant.

Цель исследования — изучение изменения сывороточной концентрации молекулы клеточной адгезии ALCAM и её роли в патогенезе гипоксического перинатального поражения ЦНС у новорождённых. Обследованы 75 детей с гестационным возрастом от 25 до 42 нед. Дети разделены на 4 группы по результатам нейросонографии. I группа: на НСГ не отмечалось изменений (30 детей); II группа: перивентрикулярная лейкомаляция (15 детей); III группа: внутрижелудочковые кровоизлияния (15 детей); IV группа: сочетание внутрижелудочкового кровоизлияния и перивентрикулярной лейкомаляции (15 детей); контрольная группа (20 здоровых новорождённых). Все новорождённые имели признаки тяжёлого перинатального гипоксического поражения ЦНС и находились в отделении реанимации. Основными клиническими проявлениями были: угнетение ЦНС (68 новорождённых), судороги (25 детей), кома (четыре ребёнка). Определение сывороточного уровня ALCAM проводилось с помощью тест-систем фирмы R@D systems (Англия), в возрасте 1–2, 5–7 и 12–14 сут жизни. Нормальные значения для ALCAM 0,013–0,06 мкг/л. Было выявлено, что максимальные значения ALCAM у всех обследованных детей были в первые 48 ч жизни, затем отмечалось снижение ко 2-й неделе. У новорождённых I группы средние значения при первой пробе составляли 1,2+/-0,4 мкг/л. Ко 2-й неделе снижались до 0,7+/-0,35 мкг/л. У детей со структурными изменениями на НСГ не было отмечено достоверной разницы в показателях (по методу Манна–Уитни): средние значения ALCAM при первой пробе составляли 3,76+/-1,3 мкг/л; к 5–7-м суткам жизни 2,3+/-0,8 мкг/л, а к 14-м суткам -1,9+/-0,65 мкг/л. Максимальные показатели сывороточного уровня ALCAM были отмечены в первые 48 ч жизни у новорождённых с летальным исходом: от 3,8 до 4,88 мкг/л. Изменение тканей под влиянием острой гипоксии головного мозга на фоне хронической внутриутробной гипоксии у новорождённых приводит к усилению адгезивности лейкоцитов к эндотелию микрососудов. Повышение уровня ALCAM также подтверждает участие воспалительных механизмов в формировании ВЖК и ПВЛ.

Литература

1. Басков А.В., Коршунов А.Г., Борщенко И.А., Сатанова Ф.С. Иммуногистохимическое изучение апоптоза клеток спинного мозга при его экспериментальном повреждении // *Арх. патологии.* — 2002. — №2. — С. 23–27.
2. Блинов Д.В. Иммуноферментный анализ нейроспецифических антигенов в оценке проницаемости гематоэнцефалического барьера при перинатальном гипоксически-ишемическом поражении ЦНС. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. // М. — 2004. 28 с.
3. Голосная Г.С., Петрухин А.С., Писарчук М.А., Дуленков А.Б. Изменение сывороточного уровня маркёра апоптоза «рецептора смерти» DR5 у новорождённых с перинатальным гипоксическим поражением ЦНС // *Тезисы X конгресса педиатров.* — 2005. — 123 с.
4. Alvarado-Kristensson M. Regulation of neutrophil apoptosis. Doctoral dissertation, Lund University, Malmu university hospital, 2004.
5. Bacháková L., Filová E., Rypáček F., Svorec V., Stary V. Cell adhesion on artificial materials for tissue engineering // *Physiological Research.* — 2004. — Vol. 53 (1). — P. S35–S45.

АНАЛИЗ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЁННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА г. КАРАГАНДЫ

Кизатова С.Т., канд. мед. наук, проф. кафедры¹;
Панибратец Л.Г., зав. отделением реанимации и интенсивной терапии новорождённых².

¹Медицинский университет Караганды;

²городской перинатальный центр (г. Караганда).

E-mail: st_kizatova@mail.ru; моб. тел.: +7 (778) 520 0994.

Специфика отделений реанимации и интенсивной терапии, связанная с нахождением большинства пациентов на искусственной вентиляции лёгких, тяжесть их состояния, использование инвазивных методов терапии способствуют возникновению у них инфекционных осложнений. Приоритетная роль должна отводиться мониторингу изменений микробного пейзажа как основе для профилактики, прогнозирования развития и повышения эффективности этиотропного лечения инфекционных осложнений.

The specificity of intensive care units, associated with the presence of the majority of patients on mechanical ventilation, the severity of their condition, the use of invasive methods of therapy contribute to the occurrence of infectious complications in them. The priority role should be “assigned to monitoring changes in the microbial landscape as a basis for the prevention, prognosis of the development and increasing the effectiveness of etiotropic treatment of infectious complications.

Цель исследования — мониторинг микробного пейзажа выделяемой микрофлоры и её чувствительности к антибиотикам в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых в городском перинатальном центре г. Караганды.

Материалы и методы исследования. Результаты бактериологических исследований крови 40 новорождённых. В анализ микробного пейзажа были включены только положительные посевы крови, взятые на момент пребывания в ОРИТН, и исключены посевы других биологических жидкостей.

Результаты и обсуждение. За прошедшие годы (с 2018 по 2019 г.) в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых находились на лечении 377 детей (в 2018 г. — 190 новорождённых, в 2019 г. — 187 новорождённых), из них 338 (89,6%) получали один курс антибактериальной терапии, 77 (10,4%) новорождённых — два курса антибактериальной терапии. У всех детей, находившихся на антибактериальной терапии, был взят бактериологический посев крови на стерильность и чувствительность к антибиотикам.

В 2018 г. преимущественно выявлялись следующие микроорганизмы: на 1-м месте был *Staphylococcus epidermidis* в 60,0%, на 2-м месте *Escherichia coli* — в 17,5%, на 3-м *Candida albicans* — в 10,0%. Всего было высеяно семь различных наименований микроорганизмов из 33 посевов на стерильность крови в 1-е сутки жизни до назначения антибактериальной терапии новорождённым. При этом в семи случаях анализ на стерильность был взят дважды на 3-е сутки жизни для уточнения результатов.

Наибольшее число положительных посевов крови было установлено в летние месяцы; так, в августе выявлено девять случаев, что составило 22,5%, из них четыре вызваны были *Escherichia coli*; в июле было установлено восемь случаев (20%) и в июне выявлено пять случаев, что составило 12,5%. Отсутствие положительных случаев отмечалось в январе и феврале.

В 2019 г. картина микробного пейзажа изменилась, были учтены рекомендации CDC, чаще стал выявляться *Staphylococcus haemolyticus* — в 22,2%. На 2-м месте *Escherichia coli* — в 20,0%, на 3-м и 4-м местах *Staphylococcus epidermidis* — в 13,3%, *Candida albicans* — в 11,1%.

Всего было высеяно 14 различных наименований микроорганизмов из 32 посевов на стерильность крови в 1-е сутки жизни до назначения антибактериальной терапии новорождённым. При этом в 13 случаях анализ на стерильность был взят дважды на 3-е сутки жизни для уточнения результатов.

Наибольшее число положительных посевов было также в августе: 12 случаев (26,6%), из них шесть (50%) вызваны *Escherichia coli*. В марте и в мае было установлено шесть случаев — по 13,3% в каждом случае. Наименьшее число случаев было выявлено в феврале, когда был получен один положительный результат, что составило 2,2%. Первый случай высева *Staphylococcus haemolyticus* отмечается в посевах, взятом 22.04 в ОРИТН.

Таким образом, микробиологический скрининг позволил констатировать возможную смену патогенов, изменение спектра, а также уровня их антибиотикоустойчивости. Это даст возможность в экстренных случаях назначать эмпирически препараты, эффективные против циркулирующей микрофлоры, и своевременно

скорректировать выбор средств для антибактериальной терапии.

Литература

1. Simonsen K.A., Anderson-Berry A.L., Delair S.F., Davies H.D. Early-onset neonatal sepsis // *Clin. Microbiol. Rev.* — 2014. — Vol. 27 (1). — P. 21–47.
2. Woldu M.A., Guta M.B., Lenjisa J.L., Tegegne G.T., Tesafye G. Assessment of the incidence of neonatal sepsis, its risk factors, antimicrobials use and clinical outcomes in bishoftu general hospital, neonatal intensive care unit, Debrezeit-Ethiopia // *PediatTherapeut.* — 2014. — Vol. 4 (4). — P. 1–7.
3. Сидоренко С.В. Рациональная антибиотикотерапия и доказательная медицина // *Антибиотики и химиотерапия.* — 2001. — №9. — Т. 46. — С. 12–19.
4. Neonatal sepsis in newborn, AIMS protocol in India, 2014.

РАННЯЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ МЛАДЕНЦЕВ ОТ COVID-ПОЗИТИВНЫХ МАТЕРЕЙ

Кольцова Н.С., канд. мед. наук, доц. кафедры детских болезней¹;

Захарова Л.И., докт. мед. наук, проф. кафедры детских болезней¹;

Печуров Д.В., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой детских болезней¹;

Кузьмина А.И., студентка лечебного факультета¹;

Матанцева Е.А., зам. главного врача Самарского перинатального центра по детству².

¹Самарский медицинский университет;

²Самарская областная клиническая больница

им. В.Д. Середавина. E-mail: kdbsamgmu@yandex.ru.

Проведено изучение клинико-лабораторных особенностей ранней неонатальной адаптации 25 доношенных новорождённых от COVID-позитивных матерей. Выявлено отсутствие вертикального пути передачи SARS-CoV-2 от матери плоду. Установлено более напряжённое течение приспособительных процессов детей к внеутробной жизни в условиях отсутствия контакта с матерью и грудного вскармливания.

A study of the clinical and laboratory features of early neonatal adaptation of 25 full-term newborns from COVID-19 mothers was carried out. There is no vertical transmission of SARS-CoV-2 from mother to fetus. A more intense course of adaptive processes of children to extruterine life in the absence of contact with the mother and breastfeeding was established.

Актуальность. В мировой медицинской литературе встречаются немногочисленные разноречивые данные о механизмах и вариантах передачи новой ковидной инфекции от матери плоду и новорождённому, оставляя много нерешённых вопросов по оптимальной профилактике и ведению беременных и новорождённых с подтверждённой инфекцией. Один из самых болезненных аспектов

(с позиций доказательной медицины) — рекомендуемый принцип разобщённости матери и ребёнка после родов.

Цель исследования — определение особенностей ранней постнатальной адаптации доношенных новорождённых COVID-позитивных матерей. В апреле 2020 г. на базе ковидного госпиталя Самарской клинической областной больницы им. В.Д. Середавина (СОКБ) было открыто отделение для SARS-CoV-2-позитивных беременных и их новорождённых; с мая по декабрь 2020 г. родилось 78 детей (60 доношенных — 77% и 18 недоношенных — 23%). Роды через естественные родовые пути проведены в 45 случаях (57,7%), оперативные — у 33 женщин (42,3%), большинство по экстренным показаниям (24 случая, или 72%). Два рано рождённых ребёнка с экстремально низкой массой тела (780 и 820 г соответственно) погибли на 4–7-е сутки жизни от внутриамниотической генерализованной инфекции (ковидный характер поражения органов при патологоанатомическом исследовании не был установлен). Согласно методическим рекомендациям Минздрава РФ, у всех новорождённых сразу после перемещения из родильного зала в детское отделение и через 2–3 сут жизни взяты мазки из носа и ротоглотки на РНК SARS-CoV-2. Все дети имели отрицательные результаты обследования на COVID-19. Домой были выписаны 53 новорождённых (70%), на 2-й этап переведены 23 ребёнка (30%), из них 14 недоношенных (четыре ребёнка в отделении реанимации новорождённых) и девять доношенных.

Под нашим наблюдением находилось 25 доношенных новорождённых от COVID-позитивных матерей, группу сравнения составили 12 здоровых доношенных младенцев родильного дома СОКБ. Проводилось изучение анамнеза матерей и клинико-лабораторных характеристик раннего неонатального периода детей. Было выявлено, что при сопоставимом отягощении соматического и акушерско-гинекологического материнского анамнеза у детей изучаемой группы чаще встречались напряжённые состояния ранней неонатальной адаптации: кардиореспираторная дезадаптация (на 30% чаще), более выраженная длительно не восстанавливающаяся убыль первоначальной массы тела (в 2 раза чаще), кожные проявления пищевой аллергии (на 35% чаще), тенденция к гипогликемии (на 35% чаще), умеренная тромбоцитопения (на 65% чаще).

Таким образом, было выявлено более напряжённое течение процессов ранней неонатальной адаптации новорождённых от COVID-позитивных матерей, связанное как с разобщением ребёнка с матерью после рождения и вскармливанием заменителями грудного молока, так и, возможно, с влиянием медикаментозного лечения матерей непосредственно перед родами. Необходимо дальнейшее изучение проблемы возможности передачи инфекции SARS-CoV-2 от матери ребёнку для оптимизации профилактики инфекции и ведения новорождённых, в том числе использование резерва банка грудного молока и выбор в качестве первого заменителя грудного молока молочных гипоаллергенных смесей.

Литература

1. Заплатников А.Л., Свищук В.И. COVID-19 и дети // *Российский медицинский журнал*. — 2020. — №1. — С. 1–3.
2. Методические рекомендации Минздрава РФ «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым при новой коронавирусной инфекции COVID-19» от 1 октября 2020 г.

3. Никифоров В.В. и др. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): клинико-эпидемиологические аспекты // *Архив внутренней медицины*. — 2020. — №2. — С. 87–91.

НАРУШЕНИЕ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ- ИШЕМИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Маложинская Н.В., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой;

Петрова И.В., канд. мед. наук, доц. кафедры;

Кожевникова К.В., ассистент кафедры;

Витина Т.М., ассистент кафедры.

Волгоградский государственный медицинский университет детских болезней, педиатрический факультет.

E-mail: taisia.vitina@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (902) 389 9493.

Статья посвящена изучению микроциркуляторных нарушений у новорождённых детей с гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы. В результате исследования выявлено, что у новорождённых детей с гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы наблюдаются микроциркуляторные нарушения по ишемическому типу с преобладанием эрготропного направления центральной регуляции кровотока.

The article is devoted to the study of microcirculatory disorders in newborn children with hypoxic-ischemic disturbance of the central nervous system. In the result of the study it was found that in newborn children with hypoxic-ischemic damage of the central nervous system microcirculatory disorders of the ischemic type with predominance of ergotropic direction of central regulation of blood flow.

В основе патогенеза ГИП ЦНС лежит нарушение гемодинамики и микроциркуляторных нарушений сначала в плаценте, а затем и у плода¹.

Цель исследования — изучить особенности микроциркуляции у новорождённых с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 новорождённых (15 мальчиков и 15 девочек), находящихся в родильном доме. Критериями включения в исследование явились: 1) наличие асфиксии в родах; 2) клинико-анамнестические данные о гипоксически-ишемическом поражении головного мозга в перинатальном периоде. Контрольную группу, сопоставимую по возрасту и полу, составили 15 здоровых новорождённых детей. Исследование микроциркуляции проводилось на 3-и сутки жизни с использованием метода ЛДФ с помощью двухканального лазерного доплеровского флоуметра «ЛАКК-ОП» (НПП «ЛАЗМА», Россия, Москва). Проводилась оценка базального

кровотока с определением показателей: средней перфузии (M), среднего колебания перфузии (Ω) и коэффициента вариации (Kv). Анализировался амплитудно-частотный спектр колебаний перфузии с использованием вейвлет-преобразования. Вычислялся нейрогенный тонус (НТ), миогенный тонус (МТ), эндотелиально-зависимый компонент тонуса (ЭТ), а также показатель внутрисосудистого сопротивления (ВСС) и показатель шунтирования (ПШ), отражающий относительную долю шунтового кровотока. Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере (Intel Core i7–3612QM, 2,1 GHz) с использованием статистического пакета STATISTICA 10.0 (StatSoft, Tulsa, USA). Характер распределения значений количественных признаков оценивался с помощью критерия Шапиро–Уилка. Результаты представлены в виде средних значений и среднего квадратичного отклонения — $M \pm SD$. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У новорождённых с ГИП ЦНС выявлено снижение величины средней перфузии ($p < 0,001$) и снижение средних колебаний перфузии ($p < 0,001$) на фоне увеличения коэффициента вариации ($p = 0,026$) относительно группы контроля. Наблюдалось статистически значимое повышение нормированных показателей колебаний сердечного диапазона ($p = 0,002$). Отмечался повышенный коэффициент соотношения перфузии артериального и венозного отделов капилляров ($p < 0,001$) в сочетании со снижением величины средней перфузии. Наблюдалось статистически значимое увеличение показателя шунтирования, связанное с различиями тонуса и/или скоростей перфузии в микрососудах и более крупных сосудистых сегментах (ПШ2). Обнаружено снижение показателей как нутритивного ($p < 0,001$), так и нунутритивного кровотока ($p < 0,001$) у новорождённых с ГИП ЦНС, при этом доля $M_{\text{нутр}}$ также была снижена ($p = 0,03$) относительно группы контроля.

Заключение. 1. У новорождённых с ГИП ЦНС выявлено снижение величины средней перфузии, средних колебаний перфузии на фоне увеличения коэффициента вариации относительно здоровых новорождённых. 2. При амплитудно-частотном анализе ЛДФ-грамм у новорождённых детей с ГИП ЦНС преобладает вклад пассивных колебаний в микроциркуляцию на фоне значительного снижения колебательного компонента в активном тонусформирующем диапазоне. 3. Нарушения периферического кровообращения у детей с ГИП ЦНС наблюдаются по ишемическому типу. 4. Доля нутритивного кровотока у новорождённых с ГИП ЦНС ниже, чем у здоровых новорождённых. 5. Метод ЛДФ позволяет детально оценить состояние микроциркуляторного русла у новорождённых с ГИП ЦНС.

Литература

1. Малюжинская Н.В., Кожевникова К.В., Полякова О.В., Жидких А.Н. Нарушения микроциркуляции у детей с сахарным диабетом 1-го типа // 21-й век: фундаментальная наука и технологии. Материалы VIII международной научно-практической конференции. — North Charleston, USA. — 2016. — Т. 3 — Р. 44–47.

ОПЫТ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ

Михеева И.Г., докт. мед. наук, проф. кафедры
пропедевтики детских болезней¹;

Ларина Л.Е.;

Курасова О.Б.¹;

Дубенок С.Ю.¹;

Беляева И.А.²;

Кругляков А.Ю.²;

Цветнова Р.Г.¹;

Яковлева А.А.²;

Кузнецова Ю.А.²

¹Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова;

²Морозовская детская городская клиническая больница.

E-mail: inna_mikheeva@rambler.ru;

моб. тел.: +7 (903) 613 6619.

Представлен опыт выхаживания 47 новорождённых детей с венозными тромбозами. Показана высокая частота асимптоматического течения тромбозов (87,3%), выявляемых с использованием УЗДГ. Клиническая симптоматика тромбозов встречалась реже — в 12,7% случаев. Показано преобладание катетер-ассоциированных тромбозов (65%). Особенности гемостаза новорождённых определяют тактику антикоагулянтной терапии и необходимость коррекции плазменных факторов.

The experience of nursing 47 newborns with venous thrombosis is presented. A high frequency of asymptomatic course of thrombosis (87.3%) detected using USDG was shown. Clinical symptoms of thrombosis were less common — in 12.7% of cases. The predominance of catheter-associated thrombosis was shown (65%). The features of hemostasis of newborns determine the tactics of anticoagulant therapy and the need for correction of plasma factors.

Проблема венозных тромбозов у новорождённых в настоящее время остаётся актуальной. Гемостатическое равновесие легко нарушается при воздействии патологических факторов, что приводит к развитию клинической симптоматики тромбозов. В последние годы частота тромбозов у новорождённых детей имеет неуклонный рост и резко увеличивается при использовании сосудистых катетеров.

Цель исследования — провести анализ клинических, лабораторных, инструментальных методов диагностики, тактики лечения и особенностей выхаживания новорождённых детей разного гестационного возраста с венозными тромбозами. За период 2016–2017 гг. в отделении патологии новорождённых Морозовской детской городской клинической больницы обследовано 47 детей разного гестационного возраста с тромбозами: 25 доношенных (37–42 нед гестации) и 22 недоношенных ребёнка (30–36 нед гестации). Тромбозы различной локализации были диагностированы у 39 детей на первой и у восьми детей на второй неделе жизни. Контрольную

группу составили 32 здоровых доношенных новорождённых и 21 недоношенный ребёнок.

Известно, что критические состояния в интранатальном периоде, ИВЛ, ВПС (врождённые пороки сердца) являются факторами риска тромботических нарушений. У наблюдаемых детей ИВЛ потребовалась четырём детям, ВПС был выявлен у трёх детей. Клинически у всех детей отмечалась церебральная гипоксия в виде депрессии в 83% случаев или повышенной возбудимости в 17% случаев. В 46,8% случаев у детей выявлена внутриутробная инфекция, причём в 40,4% — внутриутробная пневмония. У всех наблюдаемых детей выявлены венозные тромбозы. Фактором риска тромботических нарушений является использование центрального катетера. У наблюдаемых детей с тромбозами катетеры в качестве венозного доступа применяли у 15 из 25 доношенных детей и у 16 из 22 недоношенных. Длительность катетеризации не превышала 3 сут. Таким образом, катетер-ассоциированные тромбозы у наблюдаемых детей составили 65%.

Частота клинических проявлений тромботических нарушений оказалась невысокой. Только в 12,7% случаев развилась клиническая симптоматика тромботической болезни. Так, отёк, цианоз конечности, уплотнение мягких тканей и болезненность отмечались у одного доношенного ребёнка и трёх недоношенных. Тромбозы почечных вен были выявлены у двух детей. При тромбозе почечных вен в обоих случаях пальпировалась почка, у одного из детей отмечалась гематурия. При проведении УЗДГ у этих детей отмечались эхографические признаки окклюзионного тромбоза почечных вен.

Тромбозы без клинических проявлений (асимптоматические) отмечались в 87,3%. Они были выявлены только при проведении ультразвукового исследования. Использование УЗИ с доплерографией позволяло не только выявить сосудистый тромб, но и регистрировать нарушения кровотока в области сужения просвета или облитерации сосуда. Тромбоз пупочной вены встречался в 40,4% случаев, на втором месте по частоте встречаемости (21,3%) — тромбоз воротной вены. Сочетание тромбоза воротной и пупочной вен отмечалось в 17% случаев. Сосудистые тромбы другой локализации встречались в 21,3% случаев. Врождённая патология системы гемостаза — дефицит протеина С и фактора Хагемана — была выявлена только у одного доношенного ребёнка.

Статистически значимых различий показателей гемостаза у доношенных и недоношенных с тромбозами по сравнению со значениями у детей контрольной группы выявлено не было. Обращает на себя внимание тенденция к снижению таких показателей, как антитромбин III, протеин С у недоношенных детей по сравнению с доношенными. Известно, что у недоношенных детей отмечается незрелость системы гемостаза, одной из причин является низкая активность белково-синтетической функции печени.

У 17 новорождённых, из них девять доношенных и восемь недоношенных, с неокклюзионным тромбозом пупочной вены без клинической симптоматики проводилась местная терапия с использованием гепариновой мази. У этой группы детей не было выявлено нарушений показателей гемостаза, при проведении УЗДГ отмечалась частичная окклюзия сосудов и в динамике полная реканализация с восстановлением кровотока. Остальные 30 новорождённых с сочетанными тромбозами пупочной и воротной вен, тромбозом общей подвздошной вены,

в том числе в сочетании с тромбозом бедренной вены, почечных вен, тромбозом плечевой вены, а также тромбозом левого предсердия получали лечение гепарином с достижением терапевтического значения уровня анти-Ха-активности. Новорождённые дети получали контролируемую терапию нефракционированным гепарином непрерывной внутривенной инфузией от 7 до 14 дней. Десяти новорождённым из 30 потребовалось в дальнейшем лечение низкомолекулярными гепаринами подкожно с контролем анти-Ха-активности с целевыми значениями согласно клиническим рекомендациям по ведению детей с тромбозами. Причиной низкой эффективности терапии нефракционированным гепарином может быть недостаточная активность антитромбина III, так как механизм действия гепарина основан на связывании его с антитромбином III. Поэтому у пяти наблюдаемых детей на фоне повышения дозы гепарина целевые значения анти-Ха-активности не были достигнуты и проводилась инфузия концентрата антитромбина III. Трое детей с целью коррекции дефицита факторов свёртывания крови получили инфузию свежезамороженной плазмы. Количество тромбоцитов у наблюдаемых детей оставалось в пределах нормативных значений. На фоне лечения у всех детей не отмечалось кровотечений. Длительность лечения определялась улучшением состояния ребёнка, подбором адекватной дозы гепарина, полным лизисом тромбов и стабилизацией активности естественных антикоагулянтов.

Таким образом, у новорождённых детей преобладают венозные тромбозы. Использование УЗДГ позволяет неинвазивным методом выявить асимптоматические тромбозы. Бессимптомное течение тромбозов в наблюдаемой нами группе новорождённых встречалось в большинстве случаев — 87,3%. Клиническая симптоматика тромбозов встречалась реже — в 12,7% случаев, она разнообразна и зависит от локализации, распространённости, характера тромба. Фактором риска развития тромбоза является использование сосудистых катетеров, у новорождённых преобладают катетер-ассоциированные тромбозы — в 65% случаев. Особенности гемостаза новорождённых определяют дозировку и длительность антикоагулянтной терапии и необходимость коррекции плазменных факторов гемостаза. Проведение дальнейших исследований позволит снизить риск развития тромботических осложнений.

Литература

1. Румянцев А.Г., Масчан А.А., Жарков П.А., Свиринов П.В. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, профилактике и лечению тромбозов у детей и подростков. — М., 2015. — 113 с.
2. Кольцова Е.М., Балашова Е.Н., Пантелеев М.А., Баландина А.Н. Лабораторные аспекты гемостаза новорождённых // Вопросы гематологии, онкологии/иммунопатологии в педиатрии. — 2018. — №17 (4). — С. 100–113.
3. Атауллаханов Ф.И., Румянцев А.Г. Новые представления о свёртывании крови // Российский журнал детской гематологии и онкологии. — 2018. — Т. 5. — №3. — С. 13–21.
4. Свиринов П.В., Румянцев С.А., Ларина Л.Е. и др. Лечение неонатальных тромбозов. Проект клинического протокола // Неонатология. — 2013. — №1. — С. 76–85.



VI Общероссийская
конференция

FLORES VITAE

**Педиатрия
и неонатология**

Онлайн-формат
CONNEXIO
— congress space by StatusPraesens —

**1–3 апреля
2021 года**

О чём поговорим:

- Клинические рекомендации: правовой щит для врача и весомый аргумент в диалоге с пациентом.
- Болевой синдром в педиатрии. Как помочь быстро? Алгоритмы безопасных назначений. Организация пролонгированного обезболивания на дому.
- Тревога: судорожный синдром! Алгоритм неотложного купирования в современных реалиях.
- Ввоз незарегистрированных ЛС в РФ по индивидуальным показаниям — кому и как?
- Стой! Высок риск формирования резистентности к антибиотикам! Как клиницисту изменить привычный, но ошибочный шаблон действий?
- Вакцинация детей из группы риска. «Строгие принципы творчества» в формировании индивидуального календаря прививок.
- Перспективы защиты детей от COVID-19.
- Школьная и подростковая медицина: возрождаем утраченное с опорой на доказанное.
- Организация питания детей грудного возраста: почему рекомендации противоречат друг другу?
- Микробиота кишечника — добрый и злой гений детского здоровья. Как организовать «сотрудничество»?
- Метаболический синдром и ожирение: междисциплинарные подходы к коррекции пищевого поведения у детей.
- Синдром нарушения носового дыхания. На кону — когнитивная состоятельность!
- Стационарная помощь — «золотое звено» детского здравоохранения. Что в ближайшем будущем?

Приглашаем!



StatusPraesens
profimedia



+7 (499) 346 3902

praesens.ru

statuspraesens

ova@praesens.ru

stpraesens

praesens

РЕГИСТРАЦИЯ



ФАКТОРЫ РИСКА РЕАЛИЗАЦИИ ВРОЖДЁННОЙ ПНЕВМОНИИ НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

Никифорова А.Д., аспирант кафедры педиатрии,
врач-неонатолог.

Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет (г. Витебск, Белоруссия).

E-mail: nikiforova_pediatria92@mail.ru;

моб. тел.: +37 (533) 335 4422.

Проведён анализ перинатальных факторов у 82 новорождённых детей первых 72 ч жизни. Прогностически значимыми факторами реализации пневмонии у детей явились инфекционно-отягощённый акушерско-гинекологический анамнез матери, осложнения родов, нарушения адаптации в раннем неонатальном периоде и воспалительные изменения в общем анализе крови.

The analysis of perinatal risk factors in 82 newborns of the first 72 hours of life was carried out. Prognostically significant factors of pneumonia in children were: infectious-burdened obstetric-gynecological history of the mother, complications of labor, impaired adaptation in the early neonatal period and inflammatory changes in the common blood count.

Актуальность данного исследования у новорождённых была обусловлена ростом случаев пневмонии с тяжёлым и «молниеносным» течением, антибиотикоустойчивостью, применением инвазивной респираторной поддержки, осложняющей лечение и ухудшающей прогноз неонатального периода.

Цель исследования — определение факторов риска развития патологии респираторной системы и выявление характерных клинических признаков пневмонии.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в 2019–2020 г. на базе роддомов г. Витебска. Было обследовано 82 пар «мать–дитя». Все новорождённые были разделены на две группы. Исследуемую группу составили 42 новорождённых с неонатальными пневмониями (20 — с врождённой пневмонией и 22 — с респираторным дистресс-синдромом, осложнённым пневмонией). Диагноз «врождённая пневмония» выставлялся согласно клиническим и лабораторным данным, наличию инфильтративных теней на рентгенограмме лёгких в первые 72 ч жизни. В группу сравнения вошло 40 условно «здоровых» новорождённых без патологии дыхательной системы.

1. Проведена оценка факторов риска возникновения неонатальной пневмонии. В обеих группах преобладали дети мужского пола. Большинство новорождённых с дыхательными нарушениями были недоношенными (68,7%) (сроки гестации от 26 до 36 нед). Средний срок гестации в исследуемой группе составил 33,68±5,25 нед, а в группе контроля — 38,31±1,2 нед ($p < 0,001$). Показатель средней массы тела 1809,18±795,37 г по сравнению

с 3060,8±326,6 г ($p < 0,0001$). Большинство детей с заболеваниями дыхательной системы родились путём операции кесарева сечения (60,24%).

Средний возраст матерей новорождённых исследуемой группы составил 30,6±4,94 (29,2–31,9) года, возраст женщин группы сравнения — 30,7±5,71 (29,1–32,3) года.

В исследуемой группе фетоплацентарная недостаточность, многоводие и мекониальный характер околоплодных вод встречались достоверно чаще. Женщины, чья беременность отягощалась кольпитом и вагинозом, чаще имели детей с респираторными нарушениями. В группе пациентов с РДС с последующей реализацией пневмонии состояло 22 человека, из них 19 детям потребовалась респираторная поддержка в связи с проявлениями ДН. Всем детям с наличием РДС было произведено эндотрахеальное введение препаратов экзогенного сурфактанта. Также всем пациентам проводилась антибактериальная терапия. При клинической оценке отмечались локальный цианоз кожных покровов, участие вспомогательной дыхательной мускулатуры, ослабленное дыхание с последующим присоединением рассеянных мелкопузырчатых хрипов. При рентгенографии органов грудной клетки: очаговые и очагово-сливные тени на фоне усиления бронхосудистого рисунка. В общем анализе крови при рождении — лейкоцитоз ($24,63 \pm 3,45 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофилёз ($68,39 \pm 5,78\%$).

Заключение. В результате исследования установлены факторы, ассоциированные с развитием пневмонии: срок гестации, хроническая внутриутробная гипоксия плода, синдром задержки развития плода, хроническая фетоплацентарная недостаточность, мекониальный характер околоплодных вод, многоводие, кольпит, бактериальный вагиноз во время беременности, развитие дыхательной недостаточности в первые 72 ч жизни. Мероприятия по коррекции генитальной и экстрагенитальной патологии, профилактика преждевременных родов могут снизить частоту реализации заболеваний дыхательной системы новорождённых детей.

КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Сайдашева Э.И., докт. мед. наук, доц., проф.
кафедры;

Малиновская Н.А., канд. мед. наук, доц. кафедры;
Алексеев Ю.А., аспирант кафедры.

Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова, кафедра
офтальмологии.

E-mail: esaidasheva@mail.ru;

моб. тел.: +7 (911) 236 4501.

Представлен опыт организации наблюдения недоношенных детей группы риска и детей с ретинопатией недоношенных на амбулаторном этапе. Организационной моделью явилось создание межрайонного офтальмологического

кабинета катамнеза в системе обязательного медицинского страхования из расчёта один на три района Санкт-Петербурга для детей первых трёх лет жизни, рождённых преждевременно.

The experience of organization the observation of preterm children of the risk group and children with retinopathy of prematurity at the outpatient stage is presented. The organizational model was the creation of an inter-district ophthalmological cabinet of follow-up in the system of compulsory medical insurance, at the rate of 1 in 3 districts of St. Petersburg for children of the first three years of life, born prematurely.

Известно, что все дети, перенёвшие ретинопатию недоношенных (РН), независимо от степени тяжести и исхода заболевания в связи с риском развития осложнений в отдалённом периоде (аметропий, глазовывихательных нарушений, амблиопии и др.) должны быть на диспансерном учёте у офтальмолога в течение длительного времени. Кроме того, формирование зрения у недоношенных детей раннего возраста носит многофакторный характер и зависит не только от РН, но и от сопутствующей патологии, и в первую очередь от неврологических расстройств.

До 2018 г. в Санкт-Петербурге наблюдение пациентов с РН на амбулаторно-поликлиническом этапе осуществлялось не в полном объёме — только в одном медицинском учреждении (два кабинета), хотя на основании рекомендованных Минздравом РФ штатных нормативов потребность Санкт-Петербурга составила 16 специализированных консультативно-диагностических кабинетов для выявления и наблюдения младенцев с РН. Данная проблема была решена распоряжением комитета по здравоохранению об организации собственной модели офтальмологического катамнеза недоношенных детей: межрайонных кабинетов катамнеза (КК) для недоношенных детей из расчёта один на три района города с учётом численности проживающего детского населения. В настоящее время в Санкт-Петербурге функционируют пять кабинетов для наблюдения детей группы риска и детей с активной фазой РН и один кабинет — для пациентов с рубцовой фазой заболевания. Все КК были оснащены современным офтальмологическим оборудованием по единому стандарту, включая широкопольную педиатрическую камеру RetCam Shuttle (США), педиатрический бинокулярный ручной рефрактометр PlusOptix (Германия) и др.; укомплектованы врачами-офтальмологами (девять человек), прошедшими обучение на цикле тематического усовершенствования по проблеме РН на базе СЗГМУ им. И.И. Мечникова и имеющими практические навыки работы с данным контингентом детей, а также использующие единую учётную/отчётную документацию. Таким образом, вышеперечисленные организационные мероприятия позволили не только выполнить в полном объёме приказ Минздрава РФ в части обеспечения диспансерного наблюдения недоношенных детей до 1 года жизни, но и по нашей инициативе и при поддержке территориального фонда ОМС оптимизировать его относительно расширения возраста диспансеризации пациентов — до достижения 3 лет. На конец 2019 г. на диспансерном учёте всего состояло 3465 недоношенных детей, из них почти половину составили первичные пациенты — 1669 (48,2%) — в возрасте до 1 года, которые в зависимости от степени зрелости распределились следующим образом: по гестационному возрасту (ГВ) — глубоконедоношенные дети (ГВ ≤ 32

нед) — 737 (44,2%), в том числе 97 (5,8%) младенцев родились на крайних сроках гестации (22–26 нед); по массе тела (МТ) при рождении ≤ 1500 г — 427 (26,2%) детей, в том числе 137 (8,2%) пациентов с МТ < 1000 г. Среди первичных пациентов РН имели 843 (50,5%), в том числе активную фазу заболевания — 444 (52,7%) младенца, рубцовую или регрессивную фазу — 399 (47,3%) человек, остальные 826 (49,5%) недоношенных детей представляли потенциальную группу риска возникновения РН по причине незавершённости васкуляризации сетчатки. Таким образом, данная модель катамнеза наблюдения недоношенных детей первых лет жизни — современная форма оказания офтальмологической помощи на амбулаторном этапе.

Литература

1. Катаргина Л.А., Михайлова Л.А. Состояние детской офтальмологической службы в Российской Федерации (2012–2013 гг.) // *Российская педиатрическая офтальмология* — 2015. — №1. — С. 5–10.
2. Нероев В.В., Катаргина Л.А., Коголева Л.В. Профилактика слепоты и слабослышания у детей с ретинопатией недоношенных // *Вопросы современной педиатрии*. — 2015. — №2. — С. 265–270.
3. Приказ Минздрава РФ №442н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты» от 25 октября 2012 г.
4. Ретинопатия недоношенных / Под ред. В.В. Нероева, Л.А. Катаргиной. — М.: ИКАР, 2020. — 222 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Саркисян Е.А., канд. мед. наук, доц. кафедры госпитальной педиатрии им. В.А. Таболина¹;

Асагрян А.Р., руководитель неонатальной службы².

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова;

²Научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребёнка (г. Ереван, Армения).

E-mail: heghinesarg@gmail.com;

моб. тел.: +7 (925) 070 2357.

Оптимизация респираторной терапии у недоношенных новорождённых методами раннего назального СРАР в дыхательных путях, также назальными канюлями с оптимизированным и высоким потоком снижает применение инвазивной механической вентиляции, осложнения и летальность при дыхательных расстройствах.

Ключевые слова: недоношенные дети, респираторная поддержка, оптимизированный поток, вентиляция, сурфактант.

Optimization of respiratory therapy in premature infants with early nasal CPAP in the airways, also with optimized

and high flow nasal cannulas, reduces the use of invasive mechanical ventilation, complications and mortality in respiratory disorders.

Keywords: premature babies, respiratory support, optimized flow, ventilation, surfactant.

Применение неинвазивных методов респираторной терапии — самостоятельного дыхания под постоянным положительным давлением (СРАР), назальных специальных канюль с оптимизированным и высоким потоком — используется сегодня большинством неонатологов в качестве первичного метода респираторной поддержки у недоношенных новорождённых с респираторными расстройствами.

Цель исследования — анализ эффективности неинвазивной респираторной поддержки у недоношенных новорождённых с респираторными расстройствами.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 183 недоношенных новорождённых при рождении с гестационным возрастом 23–36 нед, родившихся в НИЦОЗМР с 2017 по 2019 г. В родильном зале использовалась СРАР лицевой маской неонатального реаниматора. Через 10–15 мин в ОРИТ ранний назальный СРАР продолжался Bubble СРАР. Также у детей с ОНВТ использовались назальные канюли с оптимизированным потоком. У недоношенных с гестационным возрастом больше 33 нед использовались специальные назальные канюли AIRVO™ Flow Generator (Fisher&Pakel, UK) с высоким потоком воздушной смеси. Респираторная поддержка отменялась при минимальных параметрах СРАР, оксигенацией 21% кислородом в течение 6–8 ч. Метод СРАР применён у 112 новорождённых, канюли с оптимизированным потоком и высоким потоком — у 61. При неэффективности СРАР проводилась интубация с последующим подключением ИВЛ. Использовались также методы постэкстубационного СРАР, назальных канюль с оптимизированным или высоким потоком.

Результаты и их обсуждение. На фоне проведения СРАР у 55 (30%) недоношенных новорождённых из 183 отмечалось нарастание респираторного дистресса, что требовало проведения интубации и перевода на ИВЛ. Средний гестационный возраст новорождённых, которым впоследствии потребовалась механическая вентиляция лёгких, составлял $29,4 \pm 1,8$ нед, вес при рождении 1007 ± 208 г. Проведение реанимационных мероприятий в родильном зале потребовалось практически всем новорождённым с гестацией менее 30 нед. Сурфактант введён 39 (шесть сЭНВР). Пневмоторакс диагностировали у восьми пациентов. Отмечалось снижение частоты ГЗ ФАП (2015–2016 гг. — 27 случаев, 2017–2019 гг. — 14 случаев), снижение частоты в 2 раза ВЖК II–III ст. у детей с неинвазивной вентиляцией (на ИВЛ 45%). БЛД диагностировалась только у двух. Отмечалось снижение летальности до 6% при увеличении количества родов и недоношенных в 2,5 раза в данный период.

Таким образом, оптимизация респираторной терапии у недоношенных новорождённых методами раннего назального СРАР, также назальными канюлями с оптимизированным и высоким потоком снижает применение инвазивной механической вентиляции, осложнения и летальность при дыхательных расстройствах.

Литература

1. Мазманян П.А. и др. Назальные канюли с высоким потоком при лечении дыхательных расстройств у недоношенных новорождённых // Неонатология. — 2013. — №2. — С. 39–42.
2. Sweet D.G., et al. Guidelines on the Management of Neonatal Respiratory Distress Syndrome in Preterm Infants. 2013 Update // Neonatology. — 2013. — Vol. 103. — P. 353–368.
3. Kotecha S.J., Adappa R. et al. Safety and Efficacy of High-Flow Nasal Cannula Therapy in Preterm Infants: A Meta-analysis // 2015 rev. — NHF.
4. Hodgson K.A., Davis P.G., Owen L.S. Nasal high flow therapy for neonates: Current evidence and future directions // J. pediatrics & child health. — 2019. — Rev. art.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ДЕТЕЙ, ЗАЧАТЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВРТ

Саркисян Е.А., канд. мед. наук, доц. кафедры госпитальной педиатрии им. В.А. Таболина¹;
Асатрян А.Р., руководитель неонатальной службы².
¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова;
²Научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребёнка (г. Ереван, Армения).
E-mail: heghinesarg@gmail.com;
моб. тел.: +7 (925) 070 2357.

В связи с развитием вспомогательных репродуктивных технологий изучение состояния здоровья детей, рождённых после их применения, является весьма актуальным. Они часто рождаются недоношенными у родителей, страдающих бесплодием, при многоплодных беременностях. В связи с повышением репродуктивного возраста отмечается увеличение частоты развития хромосомной патологии, наследственных заболеваний и врождённых пороков развития.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, экстракорпоральное оплодотворение, многоплодная беременность, пороки развития.

Due to the development of assisted reproductive technologies the study of the health status of children born after their use is very relevant. They are often born prematurely, in parents suffering from infertility, in multiple pregnancies. In connection with the increase in reproductive age, there is an increase in the frequency of development of chromosomal pathology, hereditary diseases and congenital malformations.

Keywords: assisted reproductive technologies, in vitro fertilization, multiple pregnancy, malformations.

Количество детей, родившихся в результате ЭКО и ПЭ, год от года неуклонно растёт, и супружеские пары имеют собственных, генетически родных детей. При проведении педиатрических исследований, направленных на объективную оценку состояния здоровья рождённых в рамках программы ВРТ детей, основное внимание обращалось на частоту возникновения у них ВПР. В настоящее время сведения о частоте встречаемости врождённых пороков

4-7
09.2021

VIII Общероссийская конференция
КОНТРАВЕРСИИ
неонатальной медицины
и педиатрии **СОЧИ**

Встречаемся в Сочи!



развития у этих детей неоднозначны и колеблются в пределах от 2,6 до 11,6%.

Цель исследования — изучение перинатальных исходов у детей, рождённых после ЭКО.

Материалы и методы. В исследование были включены 348 новорождённых, родившихся после ЭКО и ПЭ за период 2015–2020 гг. у 273 матерей. Данные получены на основании анализа историй родов матерей и их новорождённых, клинического наблюдения и лечения.

Результаты и обсуждение. За изучаемый период времени под нашим наблюдением находились 348 новорождённых после ЭКО. Показатели течения беременности и родов следующие: одноплодная беременность — 183 (67,03%), многоплодная — 90 (32,9%), двойни — 50 (27,4%), тройни — 14 (5,1%), четверня — одна (0,7%), соматическая патология — у 49 (25,27%) матерей, токолиз проводился 192 (70,3%), оперативные роды — у 249 (91,2%), преждевременные роды — у 78 (28,6%). Средний возраст пациенток составлял 36,9±0,3 года. 47% пациенток страдали бесплодием свыше 5 лет, 54 (20,87%) из них безуспешно лечились более 10 лет. Массивная медикаментозная терапия с целью лечения бесплодия — 54 (19,8%). Из родившихся детей 183 мальчика и 165 девочек, 198 (56,9%) доношенных и 150 (43,1%) недоношенных. 90 детей с гестацией <33 нед. Средняя масса тела 2011 г (650–3700 г), средняя оценка по Апгар 7,1/7,4. Анализ заболеваемости: асфиксия — 36 (10,3%), РДС — 60 (17,2%), ТТН — 42 (12,1%), гипогликемия — 24 (6,9%), ЗВУР — 18 (5,2%), внутриутробная пневмония — девять (2,6%), ГрБН — один (0,09%), ВЖК 2–3-й ст. — девять (2,6%), БЛД — два (0,7%), ретинопатия недоношенных — два случая (0,7%). У 30 (8,6%) диагностировались ВПР: ВПС — 21, ДМПП — 12, ДПММ — шесть, ТМС — один, коарктация аорты — один, СТК — один; ВПР ЖКТ — три; нервной системы — три (гидроцефалия — один, *spina bifida* — один); поликистоз почек — один; гипоспадия — три случая. Лечение получали 105 недоношенных. Летальность — шесть (2%). Все дети с летальным исходом родились при многоплодной беременности и имели гестационный возраст ниже 27 нед.

Таким образом, методы вспомогательных репродуктивных технологий являются эффективным средством борьбы с бесплодием. Однако дети, рождённые с помощью ЭКО, входят в группу высокого риска: факторами риска являются поздний репродуктивный возраст, длительность бесплодного периода, отягощённый акушерский и гинекологический анамнез, многоплодие и осложнённое течение беременности.

Литература

1. Соболева М.К., Киншт Д.А., Антенатальный и ранний неонатальный периоды у детей, зачатых в рамках ВРТ // *Вестник НГУ.* — 2014. — Т. 12. — №3. — С. 111–115.
2. Башмакова Н.В., Мелокозерова О.А., Винокурова Е.А., Пепеляева Н.А. Состояние здоровья новорождённых, рождённых от матерей с угрозой прерывания беременности // *Проблемы репродукции.* — 2004. — №2. — С. 59–61.
3. Skora Det al. Adverse perinatal events associated with ART // *Reprod. Med.* — 2012. — Vol. 30. — P. 84–91.
4. Sunderam S., Kissin D.M., Crawford S.B. et al. Assisted reproductive technology surveillance: USA, 2011 // *MMWR.* — 2014. — Vol. 63 (10). — P. 1–28.
5. Kupka M.S., Ferraretti A.P., de Mouzon J. et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European

registers by ESHRE // *Hum. Reprod.* — 2014. — Vol. 29 (10). — P. 2099–2113.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С БЛД-АССОЦИИРОВАННОЙ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Соломаха А.Ю., ассистент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми¹.
Руководители: **Иванов Д.О.**, докт. мед. наук, проф.¹;
Петрова Н.А., канд. мед. наук²;
Свириев Ю.В., докт. мед. наук².

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет;

²Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова.

E-mail: anka.solomaha@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (911) 114 2892.

Для недоношенных детей в периоде новорождённости характерными особенностями дыхания являются апноэ и периодическое дыхание (ПД). Существуют данные о более длительном сохранении таких эпизодов у детей с бронхолегочной дисплазией (БЛД). Предполагается, что основной причиной формирования лёгочной гипертензии (ЛГ) у детей с БЛД является гипоксия, которая может возникать в результате сохраняющихся апноэ и снижения контроля дыхания во время сна.

Apnea and intermittent breathing (PB) are characteristic features of breathing for premature infants in the neonatal period. There is evidence of a longer persistence of these episodes in infants with bronchopulmonary dysplasia (BPD). It is assumed that the main cause of pulmonary hypertension (PH) in infants with BPD is hypoxia, which may result from persistent apnea and decreased breathing control during sleep.

Цель исследования — определение особенностей нарушения дыхания во сне у недоношенных детей с БЛД-ассоциированной ЛГ.

Материалы и методы. Шестидесяти недоношенным детям, родившимся в 23 1/7–31 2/7 нед гестации с массой тела 1600 г, было проведено кардиореспираторное мониторирование (КРМ) в 36–44 нед постменструального возраста в отсутствие кислородной поддержки. Диагноз «БЛД» был поставлен 45 детям, из них у 18 детей была диагностирована БЛД-ассоциированная ЛГ (группа БЛД+ЛГ) по данным эхокардиографии и клинической картины заболевания; 15 детей не имели БЛД (группа без БЛД). При проведении КРМ оценивались следующие параметры: назальный поток воздуха, пульсоксиметрия, одноотведение ЭКГ, движения грудной клетки и брюшной стенки. Преимуществом данного метода является возможность комплексно оценить взаимодействие различных

физиологических параметров в длительном временном интервале. При расшифровке записей мониторинга применялись критерии Американской академии медицины сна для детей (независимо от возраста) от 2012 г.

Результаты. Группа детей БЛД+ЛГ характеризовалась более низкими показателями средней сатурации кислорода (93,7 [89,0–96,6]%) и более высокими значениями десатурационного индекса (48,3 [33,5–133,5] соб./час), чем дети группы БЛД без ЛГ (96,9 [92,1–98,7]%, $p < 0,001$ и 34,4 [1,0–104,5] соб./час, $p = 0,26$ соответственно) и группы без БЛД (97,5 [96,3–99,6]%, $p < 0,001$ и 21,6 [1,4–58,8] соб./час, $p = 0,03$ соответственно). Также отмечается тенденция к выявлению большего числа событий десатурации в пределах 5–9% (22,6 [3,8–56,4] соб./час) и эпизодов десатурации менее 90% (17 [0,2–108,3] соб./час) у детей группы БЛД+ЛГ, чем у детей группы БЛД без ЛГ (14,6 [0,3–64,8] соб./час, $p = 0,2$ и 3,4 [0–84,4] соб./час, $p = 0,1$ соответственно) и группы без БЛД (8,9 [0,5–26,4] соб./час, $p = 0,05$ и 0,9 [0–14,8] соб./час, $p = 0,007$ соответственно). По встречаемости эпизодов апноэ и гипопноэ группы статистически не отличались, однако дети группы БЛД+ЛГ имели более высокие показатели индекса апноэ/гипопноэ, чем сравниваемые группы (12,4 [0,4–95,2] соб./час, 8,2 [0,3–75,0] соб./час, $p = 0,7$ и 10,7 [1,0–42,3] соб./час, $p = 0,6$). В группе БЛД+ЛГ у пяти детей индекс обструктивного апноэ (ОА) был выше диагностически значимого порога (> 1 соб./час) — 1,1; 0,3; 2,5; 5,8 и 8,6/час. В группе БЛД без ЛГ три ребёнка и в группе без БЛД один ребёнок имели значимый индекс ОА детей за время мониторинга. Обращает на себя внимание, что у большинства детей (30 человек) с БЛД (независимо от наличия ЛГ) были диагностированы эпизоды периодического дыхания (ПД), в то время как только у шести детей без БЛД встречались данные эпизоды.

Выводы. Применение кардиореспираторного мониторинга позволяет диагностировать кратковременные эпизоды десатурации, респираторные паузы, в том числе обструктивного характера, клинически не проявляющие себя. В нашем исследовании в группе недоношенных детей с БЛД+ЛГ по сравнению с детьми с БЛД, не осложнённой ЛГ, и детьми без БЛД отмечались более значимое снижение средней SpO₂ и более высокие показатели индексов апноэ/гипопноэ и десатурации, что указывает на склонность к появлению гипоксических эпизодов у данной категории пациентов. В связи с этим требуется пролонгация кислородотерапии во время сна ребёнка у недоношенных детей с БЛД-ассоциированной ЛГ (даже при поддержании средней сатурации кислорода $> 94–95\%$ во время бодрствования). Также отмечена тенденция к выявлению большего числа апноэ обструктивного генеза и эпизодов периодического дыхания у детей с БЛД, в связи с чем необходим более длительный респираторный контроль за данной категорией пациентов.

Литература

1. Bancalari E. Respiratory Instability and Hypoxemia Episodes in Preterm Infants // *Am. J. Perinatol.* — 2018. — Vol. 35. — P. 534–536.
2. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Володин Н.Н. и др. Ведение детей с бронхолегочной дисплазией. Клинические рекомендации // *Педиатрическая фармакология.* — 2016. — №4 (13). — С. 319–333.

3. Овсянников Д.Ю., Кантемирова М.Г. и др. Современные подходы к диагностике и терапии лёгочной гипертензии у детей с бронхолегочной дисплазией // *Педиатрия.* — 2020. — №1 (99). — С. 175–185.

4. Jobe A., Bancalari E. Bronchopulmonary dysplasia // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2001. — Vol. 7 (163). — P. 1723–1729.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА НА ФОНЕ ИНВАГИНАЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА

Сударева Д.И., врач-ординатор кафедры педиатрии¹; врач-стажёр отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии новорождённых детей²;

Аксельров М.А., докт. мед. наук, зав. кафедрой детской хирургии¹, зав. хирургическим отделением №1²;

Супрунец С.Н., канд. мед. наук, доц. кафедры детских болезней¹, зав. отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии новорождённых детей².

¹Тюменский государственный медицинский университет;

²областная клиническая больница №2 (г. Тюмень).

E-mail: novostruevadaniela@gmail.com;

моб. тел.: +7 (912) 997 0182.

Редкий клинический случай показывает сложность диагностики инвагинации у недоношенных новорождённых, которая часто ошибочно диагностируется как НЭК, что отсрочивает оперативное вмешательство. Различить НЭК и инвагинацию у недоношенных детей, когда они сосуществуют, может быть трудно, поскольку эти состояния имеют общие симптомы.

Ключевые слова: неонатальная хирургия, инвагинация, некротизирующий энтероколит.

A rare clinical case shows the difficulty of diagnosing intussusception in preterm infants. As it is often misdiagnosed as NEC, surgery gets delayed. It can be difficult to distinguish between NEC and intussusception in premature babies when they coexist, as these conditions share common symptoms.

Keywords: neonatal surgery, intussusception, necrotizing enterocolitis.

Инвагинация кишечника — один из немногих вариантов приобретённой кишечной непроходимости у детей различного возраста. В неонатальном периоде инвагинация кишечника практически не встречается и может привести к такому жизнеугрожающему заболеванию, как некротизирующий энтероколит. По данным зарубежных

исследователей, частота данной патологии — 0,3% от всех случаев инвагинации.

Цель исследования — продемонстрировать редкий клинический случай инвагинации кишечника как причину некротизирующего энтероколита.

Девочка В. от второй беременности, первых родов родилась в сроке гестации 28 нед от матери с отягощённым акушерским анамнезом: не наблюдалась, не обследовалась, предыдущая беременность закончилась выкидышем в сроке 21 нед. Ребёнок получал лечение в отделении реанимации Тюменского перинатального центра. С рождения состояние тяжёлое за счёт дыхательных нарушений и морфофункциональной незрелости. Несмотря на проводимую респираторную поддержку, заместительную терапию сурфактантом, у девочки сохранялись дыхательные нарушения, а также отмечались частые эпизоды апноэ, требующие искусственной вентиляции лёгких. В течение первой недели жизни периодически отмечался гастроинтестинальный синдром. На 10-е сутки жизни проведено рентгенконтрастное обследование, по данным которого отмечаются признаки частичной кишечной непроходимости. Ребёнок переведён в хирургический стационар, дифференциальный диагноз проводился между пороком развития тонкой кишки, меконияльным илеусом и некротизирующим энтероколитом. Назначенное консервативное лечение дало переменный эффект. На 18-е сутки развилась картина низкой кишечной непроходимости. На операции выявлено, что на расстоянии 40 см от связки Трейца имеется инвагинат протяжённостью 5 см с некрозом инвагинированного участка. Тонкая кишка до внедрения расширена до 3 см в диаметре, стенка её, особенно в дистальном участке, истончена, местами чёрного цвета и с участками предперфораций. Выполнена резекция некротически изменённого участка тонкой кишки с инвагинатом, сформирована кишечная стома. При гистологическом исследовании обнаружена морфологическая картина, соответствующая некротизирующему энтериту новорождённого. Послеоперационный период протекал без осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта. Через 44 дня выполнена реконструктивная операция, наложение энтеро-энтероанастомоза. Пассаж по желудочно-кишечному тракту полностью восстановился через 30 дней. За период пребывания в стационаре осложнений не отмечалось. Данный клинический случай демонстрирует сложность диагностики заболевания. Этиология инвагинации новорождённых и недоношенных детей остаётся неясной. Одной из существенных причин может быть гипоксия кишечной стенки, которая встречается у каждого недоношенного новорождённого. Диагноз инвагинации следует рассматривать у любого недоношенного ребёнка с подозрением на НЭК.

Литература

1. Федеральные клинические рекомендации «Инвагинация кишечника у детей». — М., 2014.
2. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. — М.: ГЭОТАР-медиа, 2004. — С. 341–348.
3. Клинические рекомендации «Диагностика и консервативное лечение новорождённых с некротизирующим энтероколитом». — М., 2014.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОНМТ И ЭНМТ

*Якубович Е.С., аспирант кафедры педиатрии;
Хмилевская С.А., докт. мед. наук, проф. кафедры
педиатрии;*

*Зрячкин Н.И., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой
педиатрии.*

Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского.
E-mail: hmilsa@mail.ru;
моб. тел.: +7 (927) 226 5011.

Эксперты ВОЗ определяют показатели физического развития как один из основополагающих критериев в комплексной оценке состояния здоровья ребёнка. У недоношенных детей (НД) они имеют свои особенности. Мониторинг физического развития у НД, особенно в первые годы жизни, позволяет определить темпы развития, индивидуальные компенсаторные возможности организма, выявить в ранние сроки даже негрубые отклонения и способствовать повышению качества превентивной и реабилитационной помощи, что является важным условием сохранения здоровья детей.

Ключевые слова: недоношенные дети, очень низкая масса тела при рождении, экстремально низкая масса тела при рождении, физическое развитие, ранний возраст.

WHO experts define indicators of physical development as one of the fundamental criteria in a comprehensive assessment of a child's health. In premature babies (PB) they have their own characteristics. Monitoring of physical development of PB especially in the first years of life, makes it possible to determine the pace of development, individual compensatory capabilities of the organism, to identify even mild deviations in the early stages and to improve the quality of preventive and habilitation care, which is an important condition for maintaining the health of children.

Keywords: premature infants, very low birth weight, extremely low birth weigh, physical development, early age.

Цель исследования — оценить основные параметры физического развития недоношенных детей, рождённых с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), в катamnезе первых 3 лет жизни.

В исследование методом случайной выборки были включены 65 детей, родившихся на сроке гестации 24–32 нед и с массой тела менее 1500 г (основная группа), а также 30 доношенных детей, составивших контрольную группу. Недоношенные дети (НД) в зависимости от массы тела при рождении были разделены на две подгруппы: подгруппу с ЭНМТ (23 человека) и подгруппу с ОНМТ при рождении (42 человека). Для оценки физического развития детей использовался центильный метод, определялись как отдельные характеристики соматометрических признаков,

так и степень гармоничности физического развития. Обработка полученных результатов выполнялась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel for Windows 4.0. Были применены методы параметрической и непараметрической статистики с учётом параметров распределения данных. Критическим уровнем значимости используемых статистических критериев считался 0,05.

При оценке физического развития детей в возрасте (скорректированном для недоношенных детей) 1, 3, 6, 9, 12 мес жизни, а также 2 и 3 лет были выявлены статистически значимые различия между основной и группой контроля, а также между подгруппами детей с ЭНМТ и ОНМТ при рождении. До 1 года НД достоверно отставали от доношенных по показателям длины, массы тела, окружности головы и груди. Большинство основных антропометрических показателей у них располагалось в диапазоне менее 25 центилей. Наименьшие значения регистрировались среди детей с ЭНМТ при рождении. К 2 годам жизни дети с ЭНМТ и ОНМТ продолжали уступать значениям контрольной группы, при этом дети с ЭНМТ по показателям роста, окружности головы и груди в среднем достигали уровня детей с ОНМТ, но значимо чаще, чем они и доношенные сверстники, имели дисгармоничное развитие. В 3 года жизни, несмотря на сохраняющиеся различия между основной и контрольной группами, значения роста, массы тела, окружности головы и груди у НД в основном располагались в диапазоне 25–75 центилей. В основной группе было значимо больше детей с антропо-

метрическими показателями в диапазоне менее 25 центилей. В данном возрастном периоде сохранялась достоверная разница по показателю массы тела между подгруппами ЭНМТ и ОНМТ.

Нами была проанализирована связь между наличием инфекционного фактора и задержкой параметров физического развития у НД. Было установлено, что наличие инфекционно-воспалительных изменений в последе повышало шанс недоношенного ребёнка иметь в 1 год скорректированного возраста значимую задержку в росте (OR=3,5; ДИ 95% 1,23–66,21 — у детей с ЭНМТ), массе тела (OR=9,8; ДИ 95% 3,13–72,6 — у детей с ЭНМТ и OR=12,5; ДИ 95% 2,29–68,24 — у детей с ОНМТ) и окружности головы (OR=18,7; ДИ 95% 2,4–70,5). А наличие инфекционно-воспалительных заболеваний в структуре диагноза на этапе родовспомогательных учреждений было сопряжено с повышением риска задержки роста у детей с ЭНМТ в 3,5 раза (OR=3,5; ДИ 95% 1,25–110,4), а у детей с ОНМТ — в 5,4 раза (OR=5,4; ДИ 95% 1,05–69,0). На втором и третьем году жизни подобной зависимости обнаружено не было.

Таким образом, в период раннего детства НД с ОНМТ и ЭНМТ отстают от доношенных сверстников по большинству основных антропометрических показателей. Инфекционно-воспалительные изменения в последе и инфекционно-воспалительные заболевания ребёнка в неонатальном периоде являются прогностически неблагоприятными факторами относительно более выраженных нарушений физического развития НД, рождённых с ОНМТ и ЭНМТ.

Педиатрия



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

ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У ПОДРОСТКОВ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ

Абрамов Р.А., аспирант кафедры;

Панова Л.Д., докт. мед. наук, проф. кафедры.

Башкирский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной педиатрии (г. Уфа).

E-mail: russlan908@tambler.ru;

моб. тел.: +7 (963) 897 0793.

Проанализированы показатели липидного обмена у 140 детей подросткового возраста, среди которых 70 (50,0%) родились недоношенными, 70 (50,0%) родились в срок. Установлено, что общий холестерин, атерогенные липопротеины, индекс атерогенности у детей подросткового возраста, родившихся недоношенными, статистически значимо ($p < 0,05$) выше, чем у их сверстников, родившихся в срок.

Ключевые слова: недоношенность, дети подросткового возраста, показатели липидного обмена.

Lipid metabolism indicators were analyzed among 140 adolescent children, among which 70 (50.0%) were born preterm, 70 (50.0%) were born at term. It was found that total cholesterol, atherogenic lipoproteins, and the atherogenicity index in adolescent children born preterm were statistically significantly ($p < 0.05$) higher than in their peers born at term.

Keywords: preterm birth, adolescent children, lipid metabolism indicators.

В последние годы получены убедительные доказательства того, что атеросклеротический процесс, приводящий к сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ), начинается в детском и подростковом возрасте и развивается на протяжении жизни под влиянием генетических и модифицируемых факторов риска. Проведённые длительные проспективные исследования показывают, что основные факторы риска ССЗ, нередко возникающие в детстве, носят относительно стабильный характер, поскольку их наличие подтверждается при повторных исследованиях, проведённых уже во взрослом состоянии¹. По данным Posod A. et al. (2016), у детей, родившихся недоношенными, нарушения липидного обмена регистрируются с первых лет жизни². Показатели липидного спектра у детей подросткового возраста, родившихся недоношенными, в доступной нам литературе изучены недостаточно.

Цель исследования — изучить показатели липидного обмена у детей подросткового возраста, родившихся недоношенными. Исследования проведены на базе поликлиники республиканской детской клинической больницы (г. Уфа). Определение показателей липидного спектра проводилось ферментативным методом реактивами фирмы Abbott Diagnostic (США) на автоанализаторе Abbott Architect c8000. Индекс атерогенности (ИА) рассчитывался по формуле: $ИА = (ХС ЛПНП + ХС ЛПОНП) / ХС ЛПВП$ ³, где ХС ЛПНП — холестерин липопротеинов низкой плотности, ХС ЛПОНП — холестерин

липопротеинов очень низкой плотности, ХС ЛПВП — холестерин липопротеинов высокой плотности. Показатели липидного обмена анализировали у 140 детей подросткового возраста, среди которых 70 (50,0%) родились недоношенными, 70 (50,0%) родились в срок (контрольная группа). Соотношение детей по полу в обеих группах исследования составило 1:1.

В результате проведённого исследования установлено, что у детей подросткового возраста, родившихся недоношенными, общий холестерин (ОХС) составил $4,27 \pm 0,19$ ммоль/л; атерогенные липопротеины (ХС ЛПНП+ХС ЛПОНП) — $3,05 \pm 0,07$ ммоль/л; антиатерогенные липопротеины (ХС ЛПВП) — $1,22 \pm 0,15$ ммоль/л; ИА — $2,51 \pm 0,06$. У детей подросткового возраста, родившихся в срок, ОХС составил $3,89 \pm 0,10$ ммоль/л; атерогенные липопротеины (ХС ЛПНП+ХС ЛПОНП) — $2,61 \pm 0,08$ ммоль/л; антиатерогенные липопротеины (ХС ЛПВП) — $1,28 \pm 0,17$ ммоль/л; ИА — $2,04 \pm 0,11$. Таким образом, ОХС, атерогенные липопротеины, ИА у детей подросткового возраста, родившихся недоношенными, статистически значимо ($p < 0,05$) выше, чем у их сверстников, родившихся в срок.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения показателей липидного обмена у детей подросткового возраста, родившихся недоношенными, с целью разработки научно обоснованной системы профилактических мероприятий.

Литература

1. Александров А.А., Бубнова М.Г., Кисляк О.А. и др. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте. Российские рекомендации // Российский кардиологический журнал. — 2012. — Т. 17. — №6S1. — С. 1–39.
2. Posod A., Odri Komazec I., Kager K. et al. Former very preterm infants show an unfavorable cardiovascular risk profile at a preschool age // PLoS ONE. — 2016. — Vol. 11. — №12. — P. e0168162.
3. Романкова Т.М. Особенности липидного обмена у детей с врождённым гипотиреозом на фоне заместительной терапии L-тироксина // Клиническая лабораторная диагностика. — 2012. — Т. 57. — №11. — С. 18–20.

АДАПТАЦИОННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ ПОСЛЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ЙОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Баранова Т.И., канд. мед. наук, доц. кафедры педиатрии лечебного и стоматологического факультетов.

Читинская государственная медицинская академия.

E-mail: doctortab@bk.ru;

моб. тел.: +7 (924) 382 9729.

Обследованы 55 лиц получавших и 48 не получавших антенатальную йодную профилактику. Показано, что формирование физиологического для детей старшего дошкольного возраста исходного вегетативного тонуса значимо чаще происходит после антенатальной йодной профилактики. Антенатальная йодная профи-

лактика является предиктором повышения уровня адаптации и не влияет на тип вегетативной реактивности.

The aim of this study was to analyze the adaptable status, vegetative tone, vegetative reactivity, adaptable potential of children. 103 children were examined, antenatal iodine prophylaxis was given to 55 children but 48 did not receive iodine prophylaxis. Antenatal iodine prophylaxis is a predictor in elevated level of adaptation and doesn't influence vegetable reactivity and form the the initial vegetable tone.

Исследования, проведённые в последние десятилетия в Забайкальском регионе, показали значимое влияние ряда биогеохимических факторов, в том числе дефицита йода, на состояние здоровья женщин репродуктивного возраста, беременные женщины и их потомства^{1,2}.

Цель исследования — оценка адаптационного статуса детей, получивших антенатальную йодную профилактику. Обследованы 103 ребенка в возрасте 5±0,5 года, составившие две сравниваемые группы. Первая группа — 48 человек, матери которых во время беременности не получали препараты йода, вторая — 55 детей, получивших антенатальную йодную профилактику. Женщины принимали йодид калия в суточной дозе 200 мкг в течение беременности и в период лактации. Средняя продолжительность антенатальной йодной профилактики — 24±3 нед. Дети обеих групп были сопоставимы по перинатальному анамнезу и уровню преморбидных факторов риска, находились на естественном вскармливании на первом году жизни. Основным критерием включения в исследование явилась антенатальная йодная профилактика. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы детей определялось по показателям: частота сердечных сокращений, систолическое и диастолическое артериальное давление с оценкой по центильным таблицам. Состояние вегетативной нервной системы изучалось методом кардиоинтервалографии³. Оценивались исходный вегетативный тонус, исходная вегетативная реактивность, вегетативное обеспечение путём проведения ортостатической пробы. Уровень адаптации оценивали по значению адаптационного потенциала (АП)³, расчёт которого проводился по формуле: $АП (в баллах) = 0,011(ЧСС) + 0,014(САД) + 0,008(ДАД) + 0,014(во\ зраст, \text{годы}) + 0,009(\text{масса тела, кг}) - 0,009(\text{длина тела, см}) - 0,27$. Статистическая обработка проводилась с использованием критерия χ^2 . Были получены следующие результаты. Количество детей как с исходной ваготонией, так и зйтонией было практически одинаковым в обеих группах ($p > 0,05$). Лица с исходной симпатикотонией преобладали во второй группе ($p < 0,001$). В то же время детей с исходной гиперсимпатикотонией во второй группе было значительно меньше ($p < 0,001$). В ходе проведения пробы с ортостатической нагрузкой показатели вегетативной реактивности, расцениваемые как нормальные, выявлены у большинства детей обеих групп (69 и 71% соответственно, $p > 0,05$). Несмотря на более неблагоприятный фон исходного вегетативного тонуса, в ответ на ортостатическую нагрузку вегетативная регуляция в обеих группах не имеет значимых различий, характеризуясь у большинства детей нормальной вегетативной реактивностью. Однако относительное преобладание в соответствующей подгруппе исходной гиперсимпатикотонии у детей, не получивших антенатальную йодную профилактику, позволяет прогнозировать у них негативные

тенденции процессов адаптации. Установлено, что величина адаптационного потенциала (АП), расцениваемая как удовлетворительная, чаще встречалась у детей из второй группы ($p < 0,001$). В то же время уровень АП, соответствующий напряжению адаптации, отмечался у значимо большего числа детей из первой группы ($p < 0,001$). Показатели АП, расцениваемые как неудовлетворительные, значительно реже встречались у лиц, получивших антенатальную йодную профилактику ($p < 0,001$). При этом значения АП, свидетельствующие о срыве адаптации, у них не были констатированы вовсе в отличие от соответствующих данных в группе сравнения.

Таким образом, формирование физиологического для детей старшего дошкольного возраста исходного вегетативного тонуса значимо чаще происходит при наличии антенатальной йодной профилактики. Тип вегетативной реактивности не зависит от проводимой антенатальной йодной профилактики. Антенатальная йодная профилактика является предиктором повышения уровня адаптации, снижая риск исходной гиперсимпатикотонии в вегетативном статусе детей и обеспечивая гибкость приспособительных реакций детского организма в условиях природного йододефицита.

Литература

1. Никитина И.Л., Баранова Т.И. Влияние медикаментозной йодной профилактики у матерей на интеллектуальный уровень потомства // *Забайкальский медицинский вестник*. — 2007. — №2. — С. 4–7.
2. Никитина И.Л., Баранова Т.И. Профилактика йододефицитных заболеваний в группах высокого риска: опыт, первые результаты // *Вопросы детской диетологии*. — 2010. — Т. 8. — №6. — С. 12–16.
3. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. — М.: Медицина, 1997. — 180 с.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ПИЕЛОЭКТАЗИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

Беляева Н.А., канд. мед. наук, доц. курса детской хирургии¹;

Жаров А.Н., зав. уроandroлогическим отделением².

¹Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева;

²детская республиканская клиническая больница (г. Саранск).

E-mail: belyaeva_na@mail.ru;
моб. тел.: +7 (927) 1972958.

Проведён анализ динамики пиелоектазии у детей первых двух лет жизни. В группе пациентов n=33 с пренатально диагностированной пиелоектазией наиболее часто диагностировался пузырно-мочеточниковый рефлюкс — 42,4%. У пациентов n=30 с пиелоектазией, которая определялась на первом месяце жизни и отсутствовала при антена-

гальном УЗИ, спонтанное исчезновение пиелозктазии наблюдалось у 50% детей на первом году жизни, врождённые аномалии почек выявлены у 20% обследованных.

The dynamics of pyeloectasia in children of the first two years of life was analyzed. In the group of patients n=33 with prenatally diagnosed pyeloectasia, the most frequently diagnosed vesicoureteral reflux was 42.4%. In patients n=30 with pyeloectasia, which was determined in the first month of life, and was absent during antenatal ultrasound, spontaneous disappearance of pyeloectasia was observed in 50% of children in the first year of life, congenital kidney abnormalities were detected in 20% of the examined patients.

Пиелозктазия (расширение почечных лоханок), по данным литературы, встречается при ультразвуковом скрининге плода у 1–3% и может быть признаком патологии мочевыделительной системы. Многочисленные исследования посвящены поиску прогностических критериев при пренатально диагностированной пиелозктазии, часть рассматривают её как маркёр аномалии или порока развития мочевыделительной системы, другие считают, что у детей грудного и раннего возраста она имеет транзиторный характер и может самопроизвольно уменьшиться и даже полностью исчезнуть с возрастом.

Цель данной работы — оценить постнатальную реализацию пиелозктазии у детей грудного и раннего возраста.

Под нашим наблюдением находились 63 пациента в возрасте от 20 дней до 2 лет. Все пациенты были разделены на две группы: в первую группу вошли дети (n=30), у которых в антенатальном периоде по результатам ультразвукового исследования мочевыделительной системы плода патологии не определялось, но при проведении планового ультразвукового исследования в возрасте 1 мес в амбулаторных условиях выявлена пиелозктазия. У 21 (70%) пациента размеры лоханок не превышали 5–7 мм до и после микции, у пяти (16,7%) пациентов — 7–10 мм, у четырёх (13,3%) пациентов размер пиелозктазии был 10–20 мм. Все пациенты находились под наблюдением врача детского уролога амбулаторно, ежемесячно контролировались анализы мочи. При проведении контрольного ультразвукового исследования почек в возрасте 3 мес положительная динамика — уменьшение размера лоханки — отмечена у 46,7% пациентов, сохранение пиелозктазии на прежнем уровне у 43,3% пациентов. По результатам второго контрольного исследования в возрасте 6 мес отрицательная динамика отмечалась у 15% пациентов. В возрасте 1 года исчезновение пиелозктазии наблюдалось у 50% пациентов, у 30% пациентов пиелозктазия не увеличивалась. При обследовании данных пациентов в возрасте 2 лет патология со стороны почек не была выявлена у 43,3%. При обследовании 26,7% пациентов в условиях урологического стационара врождённые аномалии почек выявлены у 20% больных.

Во вторую группу вошли n=33 пациента в возрасте от 20 дней до 2 лет. У всех пациентов данной группы расширение собирательной системы почек от 5 до 18 мм выявлено пренатально на сроках беременности от 20 до 36 нед. Увеличение размеров лоханки до 5–7 мм — у 51,5%, от 7 до 10 мм — у 18,2%, свыше 10 мм — у 30,3% пациентов. Постнатально, после обследования в условиях урологического стационара, у 51,5% размеры лоханки не превышали 7 мм, у 18,2% — до 10 мм, у 30,3% — свыше 10 мм. Пузырно-

мочеточниковый рефлюкс диагностирован у 42,4%, гидро-нефроз — у 21,2%, уретерогидронефроз — у 12,1% пациентов данной группы. Хирургическое лечение проведено 13 (39,4%), 9,1% пациентов находились на периодической уретральной катетеризации с положительной динамикой через 3 мес.

Таким образом, у пациентов с пренатально диагностированной пиелозктазией наиболее часто — 42,4% — диагностировался пузырно-мочеточниковый рефлюкс. На первом году жизни спонтанное исчезновение пиелозктазии наблюдалось у 50% детей с нормальными результатами ультразвукового исследования почек антенатально.

Литература

1. Goncalves L.F., Jeanty P., Piper J.M. et al. The accuracy of prenatal ultrasonography in detecting congenital abnormalities // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1994. — Vol. 171. — P. 1606–1612.
2. Аренина Н.Ю. Обструктивные уропатии у плода: пренатальная верификация // *Актуальные вопросы фундаментальной уронефрологии: Сб. науч. трудов.* — Саратов: Изд-во СГМУ, 2010. — С. 55–70.
3. Дерюгина Л.А., Куликова Т.Н., Долгов Б.В. Пренатальная пиелозктазия: критерии выбора диагностической тактики // *Детская хирургия* — М., 2005. — С. 17–22.

ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Бурлуцкая А.В., докт. мед. наук, зав. кафедрой;
Шадрин С.А., докт. мед. наук, проф. кафедры;
Статова А.В., канд. мед. наук, доц. кафедры.

Кубанский государственный медицинский университет, кафедра педиатрии №2.

E-mail: astatova@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (918) 172 5346.

Результаты работы Школы коррекции и профилактики ожирения у детей в Краснодарском крае показали высокую эффективность: у 82% пациентов с избыточной массой тела, поступивших на обучение, отмечен положительный результат; темпы снижения массы тела соответствовали оптимальным значениям.

The results of the work of the School of Correction and Prevention of Obesity in Children in the Krasnodar Territory; 82% of overweight patients who enrolled in training had a positive result; the rate of weight loss corresponded to the optimal values

Практически во всём мире количество детей, имеющих лишний вес, удваивается каждые три десятилетия. Ожирение, как и другая хроническая патология, требует от пациента знаний о принципах лечения, управления и контроля за состоянием заболевания.

Цель исследования — определить эффективность программно-целевого обучения детей с ожирением.

Пациенты и методы. В исследование включены дети от 7 до 18 лет с избыточной массой тела и ожирением, получившие необходимые знания о принципах правильного питания и методах снижения массы тела в Школе коррекции и профилактики ожирения у детей. Обучение проводилось по структурированной программе. Всем детям проведены необходимые исследования: лабораторные, антропометрические, биоимпедансное сканирование тела.

Обучение прошли 49 детей: 25 мальчиков (средний возраст 11,04 года) и 24 девочки (средний возраст 11,8 года). Оценка исходного SDS ИМТ у детей показала, что среди юношей 1-я степень ожирения отмечена у семи (28%), 2-я — у 12 (48%), 3-я — у шести (24%). Среди девушек 1-я степень выявлена у пяти (20,8%), 2-я — у 12 (50%), 3-я — у шести (25%), 4-я — у одной (4,2%). Биоимпедансное измерение исходного уровня жировой массы выявило высокий уровень показателя у двух девушек (8,3%) и шести юношей (24%); очень высокую долю жировой массы — у 79,2% девушек и 76% юношей. На фоне гипокалорийного питания и увеличения двигательного режима средние темпы снижения массы тела в неделю у юношей составили 0,4 кг, у девушек несколько выше — 0,57 кг. Средние ежемесячные темпы снижения массы тела у юношей составили 1,08 кг, у девушек — 1,38 кг. Через 6 мес после обучения в школе у троих юношей (12%) масса тела нормализовалась, один (4%) перешёл в группу избыточной массы тела. Количество мальчиков с 1-й степенью ожирения увеличилось до 40% против исходных 28%. Число юношей со 2-й степенью ожирения уменьшилось на 16% и составило 32%, с 3-й степенью уменьшилось вдвое (12%). Шесть девушек (25%) перешли группу с избыточной массой тела, восемь (33,3%) — в группу с 1-й степенью, счесть (29,2%) — в группу со 2-й степенью, три (12,5%) — с 3-й степенью ожирения. Таким образом, через 6 мес занятий в школе число девушек с ожирением сократилось почти вдвое по сравнению с исходными данными.

Заключение. 82% детей имели положительный результат программы снижения массы тела. Почти вдвое сократилось количество детей со 2-й и 3-й степенями ожирения.

Литература

1. Васюкова О.В. Ожирение у детей и подростков: критерии диагноза // Ожирение и метаболизм. — Т. 16. — №1. — 2019. — С. 70–73.
2. Всемирная организация здравоохранения. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. — 2010. — 60 с.
3. Павловская Е.В., Сурков А.Г., Шилина Н.М. и др. Современные подходы к диетотерапии ожирения у детей // Вопросы детской диетологии. — 2016. — №14 (1). — С. 41–46.
4. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями / Под ред. И.И. Дедова и В.А. Петерковой. — М.: Практика, 2014. — 442 с.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ДЕТЕЙ В г. ТУЛА (2015–2019 гг.)

Воробьёва А.В., ассистент кафедры^{1,2}.

Руководитель: **Сапожников В.Г.**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой².

¹Городская клиническая больница №2 г. Тулы им. Е.Г. Лазарева;

² Тульский государственный университет, Медицинский институт, кафедра педиатрии.

E-mail: drpasego@gmail.com; моб. тел.: +7 (953) 429 2577.

Для клиницистов пневмония остаётся важной и при этом непростой проблемой. В данной статье приводятся данные по уровню заболеваемости острой пневмонией. Данная статья посвящена анализу частоты случаев госпитализации в педиатрическое отделение стационара пациентов с диагнозом «острая пневмония». Проводится анализ полученных данных для определения тенденции уровня заболеваемости острой пневмонией за последние 4 года. Изучена динамика заболеваемости острой пневмонией среди всех случаев госпитализации в педиатрическое отделение.

The pneumonia remains an important and difficult problem for clinicians. This article provides information on the acute pneumonia incidence. It's devoted to the frequency analysis of the patients with acute pneumonia diagnosis hospitalization in a pediatric department. It analyses obtained data for the determining the incidence level of acute pneumonia over the past four years. There was studied the incidence dynamics of acute pneumonia among all pediatric hospitalization cases.

Острая патология дыхательных путей остаётся ведущей причиной заболеваемости и смертности в детской популяции. В педиатрической практике среди патологии дыхательных путей центральное место занимает острая пневмония.

Распространённость острой пневмонии среди пациентов детского возраста — актуальная социальная и медицинская проблема сегодняшних дней. Острая пневмония относится к числу наиболее распространённых и при этом наиболее опасных острых болезней детского возраста.

Цель исследования — проанализировать частоту случаев госпитализации в педиатрическое отделение стационара детей с острой пневмонией, определить уровень заболеваемости острой пневмонией ежегодно и ежемесячно.

В основу исследования положен статистический анализ историй болезни детей от 0 до 17 лет с острой патологией дыхательных путей, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении городской клинической больницы №2 г. Тулы им. Е.Г. Лазарева (январь 2015 г. — декабрь 2019 г.).

С диагнозом «острая пневмония» на стационарном лечении находились: в 2015 г. — 51 (5,02%), в 2016 г. — 58 (4,4%), в 2017 г. — 126 (10,28%), в 2018 г. — 239 (16,5%), в 2019 г. — 347 (22,5%) детей в возрасте от 0 до 17 лет.

Проводился анализ данных по ежемесячной заболеваемости острой пневмонией в 2018–2019 гг. Снижение уровня заболеваемости острой пневмонией в 2018 г. отмечалось в весенне-летний период с апреля по сентябрь (от семи [2,9%]) пациентов, госпитализированных в данный период, в месяц до 14 [5,9%] в месяц). Остальные месяцы этого года заболеваемость была значительно выше: от 20 (8,4%) до 39 человек (16,3%) в месяц.

В 2019 г. уровень заболеваемости пневмонией был снижен: в феврале — 18 (5,9%), с мая по сентябрь — от 14 (4%) до 20 (5,76%). Высокий уровень заболеваемости острой пневмонией отмечался в январе — 27 (7,7%) пациентов, в марте — 35 (10,1%) больных, в апреле — 36 (10,4%) пациентов, с октября по декабрь — от 30 (8,65%) до 70 (20,17%) детей.

Сравнивая данные 2018 и 2019 гг., можно увидеть, что уровень заболеваемости ежемесячно и в целом за год выше в 2019 г. В 2018 г. за год госпитализированы 239 пациентов с острой пневмонией, за 2019 г. — 347 детей. На сегодня отмечается тенденция к росту частоты острой пневмонии в педиатрической практике г. Тулы. Также нужно отметить, что увеличение заболеваемости острой пневмонией отмечается не только ежегодно, но и ежемесячно.

Литература

1. Воробьёва А.В. Об этиопатогенезе острого бронхита и бронхиолита у детей (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий [Электронное издание]. — 2017. — №4.
2. Воробьёва А.В. Последние тенденции постановки диагноза «острая пневмония» у детей // Вестник новых медицинских технологий [Электронное издание]. — 2019. — №1.
3. Сапожников В.Г. Методические указания к практическим работам по дисциплине «педиатрия». — Тула: Полиграфинвест, 2016. — 88 с.
4. Сапожников В.Г. Избранные главы детских болезней: Монография. — 4-е изд., доп. — Тула: Полиграфинвест, 2016. — 298 с.
5. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей (Практическое руководство). — 7-е изд., перераб. и доп. — М.: Боргес, 2019. — 300 с.

ВОЗМОЖНОСТИ БАКТЕРИОФАГОВ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гладков С.Ф., врач аллерголог-иммунолог, главный врач¹.

Руководитель: **Перевощикова Н.К.**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой².

¹Клиника аллергологии и иммунологии (г. Юрга);

²Кемеровский государственный медицинский университет, кафедра поликлинической педиатрии, преподаватель детских болезней и последипломной подготовки (г. Кемерово).

E-mail: doctor.gladkov@gmail.com;

моб. тел.: +7 (905) 965 2629.

Превентивная терапия детям с наследственным риском развития атопии, основанием для которой будут являться клинические биомаркеры, позволит существенно повлиять на уровень заболеваемости. Фаготерапия для коррекции нарушений микробиоценоза кишечника у детей первых недель жизни является весьма обоснованной в связи с отсутствием побочных реакций, высокой избирательной активностью, быстрым клиническим эффектом и открывает широкие возможности для её применения.

Preventive therapy for children with a hereditary risk of developing atopy, based on clinical biomarkers, will significantly affect the level of morbidity. Phage therapy for the correction of intestinal microbiocenosis disorders in children of the first weeks of life is very reasonable due to the absence of adverse reactions, high selective activity, rapid clinical effect and open up wide opportunities for its application.

Неблагоприятная ситуация, связанная с наличием пандемии аллергических заболеваний (АЗ), является на сегодняшний день серьёзной проблемой современного российского здравоохранения, она связана с отсутствием общей концепции первичной профилактики и требует коррекции научных исследований в сторону поиска новых методов.

Цель исследования — выявить клинические маркеры атопии и продемонстрировать влияние бактериофагов на эволюцию иммунологической толерантности.

Главным плацдармом формирования атопического фенотипа являются процессы, происходящие на микробных биоплёнках кишечника ребёнка первых недель жизни. Основной причиной, способной инициировать развитие атопического процесса, по нашему мнению и мнению ряда авторов, является медленное становление бифидофлоры кишечника ребёнка первых недель жизни. Сверхустойчивые и агрессивные штаммы бактерий, ассоциированные с оказанием медицинской помощи (Healthcare — associated infections), приводят к снижению общего числа бифидобактерий, к аутосенсбилизации и развитию IgE-опосредованной аллергии.

Проведённый тщательный анализ клинико-анамнестических данных, результатов параклинических исследований (n=60) детей (средний возраст 5,81±2,54 года) с бронхиальной астмой выявил наличие колитического синдрома, проявляющегося на 3–4-й неделе жизни выраженными кишечными коликами, наличием патологических примесей в кале, нарушением моторных функций. Анализ бактериальных высевов детей на средах Бёрд–Паркера и Конго-рот-агара выявил наличие *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* и *Klebsiella oxytoca* и их сочетаний во всех случаях наблюдения.

Группа детей с атопическим дерматитом (АтД) (n=30), средний возраст которых составил (8,10±0,43 мес), имела абсолютно идентичные клинические и параклинические данные (наследственная предрасположенность, уровень эозинофилов при рождении 2% и более, дисфункции кишечника, наличие *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* и *Klebsiella oxytoca* и их сочетаний). Коррекция нарушений микробиоценоза осуществлялась с помощью бактериофагов, что позволило добиться быстрого клинического эффекта и остановить атопический марш на фазе АтД. Фаготерапия даёт возможность проводить селективную деконтаминацию УПМ, сохраняя

и ускоряя формирование уникального и индивидуального состава биотопы. Высокая избирательная активность, отсутствие побочных эффектов позволяет бактериофагам стать альтернативой лечению антибиотиками и пробиотическими препаратами в случае отсутствия эффекта от их применения. Выявленные нами биомаркеры атопии: наследственная предрасположенность до третьей степени родства, уровень эозинофилов при рождении 2% и более, дисфункция кишечника позволили проводить детям из группы риска по развитию атопии превентивное лечение, основанное на применении бактериофагов.

Многолетний опыт применения фаготерапии для коррекции нарушений микробиоценоза кишечника позволил в разы снизить уровень АЗ у детей Кузбасса.

Литература

1. Тренева М.С., Памтура А.Н. Первичная профилактика атопического дерматита у детей: состоящие проблемы и перспективы выхода из кризиса // Педиатрия. — 2015. — №4. — Т. 94. — С. 8–13.
2. Лаврова Т.Е., Макарова С.Г. Возможности индукции оральной толерантности как ответ на эпидемию аллергии // Педиатрия. — 2015. — №4. — Т. 94. — С. 151–157.
3. Захарова И.Н. Микробиом, микробиота. Что нового? // Медицинский совет. — 2016. — №16. — С. 92–97.
4. Перевозицкова Н.К., Гладков С.Ф., Черных Н.С. Возможности профилактики аллергических заболеваний с учётом региональных особенностей // Мать и дитя в Кузбассе. — 2017. — №2 (69). — С. 38–46.
5. Haahntela T. What is needed for allergic children? // *Pediatr Allergy Immunol.* — 2014. — №25. — С. 21–24.

РЕДКАЯ ФОРМА ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА

Гольцман Е.А., педиатр, аллерголог-иммунолог;
Кузнецова А.А., докт. мед. наук, проф. кафедры
факультетской педиатрии;

Петрова С.И., канд. мед. наук, доц. кафедры
факультетской педиатрии;

Графская И.И., педиатр, аллерголог-пульмонолог;
Соломатина Н.М., педиатр,

аллерголог-пульмонолог;

Пешехонова Ю.В., канд. мед. наук, педиатр,
аллерголог-пульмонолог, зав. отделением
пульмонологии.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет.

E-mail: evgeniagoltsman@gmail.com;

моб. тел.: +7 (953) 349 9409.

Синдром активированной фосфоинозитид-3-киназы δ (APDS) относится к первичным иммунодефицитам (ПИД) с аутосомно-доминантным механизмом наследования и входит в группу ПИД с синдромом иммунной дисрегуляции. Для APDS характерны рецидивирующие респираторные инфекции с прогрессирующим структурным поражением дыхательных путей, герпесвирусные инфекции, лимфопролиферативный синдром с повышенным риском В-клеточной лимфомы.

Представлен клинический случай поздней диагностики APDS у девочки 5 лет.

Activated phosphoinositide 3-kinase δ syndrome (APDS) is a recently discovered primary immunodeficiency (PID) with autosomal dominant inheritance pattern also it belongs to the immune dysregulation PID group. APDS is characterized by recurrent sinopulmonary infections leading to the progressive structural airway defects, herpesviral infections, lymphoproliferative syndrome with increased risk of B-cell lymphoma. We would like to present a late diagnostics APDS case in 5-years old female patient.

Цель исследования — представить историю болезни пациентки с APDS, показать важность своевременной комплексной оценки клинической картины, лабораторных и инструментальных методов исследования и необходимости проведения генетического исследования для диагностики первичного иммунодефицита.

Обследована пациентка 5 лет с жалобами на рецидивирующие пневмонии и бронхиты. Ребёнок от второй беременности, срочных родов, вакциной БЦЖ привита в родильном доме, наследственность не отягощена. В возрасте 3 мес — БЦЖит (левосторонний подключичный лимфаденит, подмышечный лимфаденит). Получала противотуберкулёзную терапию в течение 3 мес. С 1 года рецидивирующие бронхиты, по тяжести состояния лечилась в стационаре. С 2 лет — распространённый контактный моллюск. С 3 лет — гайморитомидит, пневмонии с тяжёлым течением, требующие массивной антибактериальной терапии. По данным осмотра физическое развитие соответствует возрасту. На коже живота и лица элементы контактного моллюска. Пальпируются передне- и заднешейные лимфоузлы до 1,5 см в диаметре. При аускультации жёсткое дыхание, крепитация в проекции верхней и средней долей правого лёгкого. При пальпации живота гепатоспленомегалия: печень +2 см, селезёнка +4 см. В клиническом анализе крови персистирующая лейкопения (2,8–3,0×10⁹/л), тромбоцитопения (88–120×10⁹/л). В иммунограмме повышение уровня IgM — 1,55 г/л (0,38–0,74 г/л) при нормальных IgA — 0,76 г/л (0,66–1,2 г/л) и IgG — 8,5 г/л (6,40–14,20 г/л). При исследовании субпопуляций лимфоцитов получено значимое снижение CD3+, CD3+CD4+, CD19+ клеток. При компьютерной томографии органов грудной полости: субсегментарный ателектаз S5 справа, фиброзные изменения в S9–10 слева, изменения по типу «матового стекла» в S2 правого лёгкого. При компьютерной томографии органов брюшной полости: лимфаденопатия внутригрудных, аксиллярных, брюшных лимфоузлов, спленомегалия. В процессе обследования исключены туберкулёз, муковисцидоз, врождённые пороки развития бронхов. При бронхоскопии получена нормальная эндоскопическая картина. Форма 50 отрицательная. Пункция красного костного мозга: данных за гемобластоз не получено.

Учитывая наличие в анамнезе перенесённого БЦЖита, повторные инфекции верхних и нижних дыхательных путей, лимфопролиферативный синдром, изменения в гемограмме и иммунограмме, был заподозрен первичный иммунодефицит, обусловленный иммунной дисрегуляцией. При молекулярно-генетическом исследовании, проведённом методом секвенирования нового поколения — панель генов первичного иммунодефицита, — выявлен гетерозиготный вариант *PIK3CD c.3061G>A p.E1021K*. Данная мутация в гетерозиготном

состоянии неоднократно обнаружена у пациентов с синдромом активированной фосфоинозитид-3-киназы дельта. После постановки диагноза пациентке была назначена длительная профилактическая антибактериальная терапия; ежемесячная терапия внутривенными иммуноглобулинами; а также рапамицин в связи с выраженным лимфопролиферативным синдромом.

Анализ истории болезни пациентки свидетельствует о поздней диагностике ПИД. Опыт диагностики данного заболевания на примере представленного клинического случая показывает важность комплексной оценки клинической картины, лабораторных и инструментальных методов исследования и необходимость проведения генетического исследования для диагностики ПИД на ранних этапах.

Литература

1. Angulo I., Vadas O., Garçon F. et al. *Phosphoinositide 3-kinase δ Gene Mutation Predisposes to Respiratory Infection and Airway Damage* // *Science*. — 2013. — Vol. 342 (6160). — P. 866–871.
2. Lucas C.L., Kuehn H.S., Zhao F. et al. *Dominant-activating germline mutations in the gene encoding the PI(3)K catalytic subunit p110 δ result in T cell senescence and human immunodeficiency* // *Nat. Immunol.* — 2014. — Vol. 15. — P. 88–97.
3. Jamee M., Moniri S., Zaki-Dizaji M. et al. *Clinical, Immunological, and Genetic Features in Patients with Activated PI3K δ Syndrome (APDS): a Systematic Review*. *Clinic Rev. // Allerg. Immunol.* — 2019. — Vol. 8 (8). — P. 2747–2760.
4. Michalovich D., Nejtsevs S. *Activated PI3 Kinase Delta Syndrome: From Genetics to Therapy* // *Front. Immunol.* — 2018. — Vol. 9. — 369 p.
5. Кузьменко Н.Б., Щербина А.Ю. *Классификация первичных иммунодефицитов как отражение современных представлений об их патогенезе и терапевтических подходах* // *Российский журнал детской онкологии и иммунологии*. — 2017. — №4 (3). — С. 51–57.
6. Coulter T.I., Cant A.J. *The Treatment of Activated PI3K δ Syndrome* // *Front. Immunol.* — 2018. — Vol. 9. — 2034 p.

ОЦЕНКА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Коваленко Н.С., ординатор 2-го года обучения.

Руководитель: **Бурлуцкая А.В.**, докт. мед. наук, доц.

Кубанский государственный медицинский университет.

E-mail: KovalenkoNS94@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (918) 938 0075.

Артериальная гипертензия (АГ) представляет собой одну из ведущих медико-социальных проблем современной медицины. В настоящее время не вызывает сомнения факт, что её начало лежит в детском и подростковом возрасте.

Arterial hypertension (AH) is one of the leading medical and social problems of modern medicine. At the present time, there is no doubt that it began in childhood and adolescence.

Цель исследования — проанализировать тактику ведения больных с синдромом АГ в кардиоревматологи-

ческом отделении детской краевой клинической больницы.

Проведено ретроспективное исследование качества ведения больных с синдромом АГ по данным историй болезни за период январь–декабрь 2018 г. Исследовано 102 истории болезни, из них мальчиков было 81, девочек — 21. По возрасту больные распределялись следующим образом: 7–11 лет — семь, 12–16 лет — 28, 17–18 лет — 67 детей.

Количество детей с синдромом АГ составляет 53% от всех больных. Впервые АГ была диагностирована у 21 (20,7%) ребёнка, длительность течения заболевания 1 год имели 26 (25,9%), 2–3 года — 39 (37,9%), более 4 лет — 16 (15,5%) детей. Регулярно обследовались и получали постоянную терапию 73% больных. Лабильная АГ установлена у 41 (41,4%), первичная АГ — у 54 (53,4%) детей. Вторичная АГ диагностирована у семи человек (5,2%), из них у пяти — вазоренальная и у двух — паренхиматозная. Сопутствующим диагнозом в большинстве случаев (53,4%) было ожирение. Диспитуитаризм встречался у 18 человек (17,2%), пролапс митрального клапана — у 10 (10,3%), врождённая аномалия почек — у 10 (10,3%). Суточное мониторирование АД показало, что у 94% больных была выявлена устойчивая систоло-диастолическая АГ. При ЭхоКГ у 19 подростков (18,9%) обнаружены пролапс митрального и трикуспидального клапанов, стеноз клапана лёгочной артерии. У 12 больных диагностирована гипертрофия левого желудочка. В биохимическом анализе крови подростков отмечается повышение общего холестерина у 40 (39,7%), холестерина липопротеинов у восьми (7,5%), триглицеридов у 10 (10,3%), снижение холестерина липопротеинов высокой плотности у восьми (8%). Больные получали препараты, улучшающие центральную гемодинамику, ноотропы. Для снижения АД использовалась комбинированная терапия — ингибитор АПФ, диуретик, В-адреноблокатор.

Преобладающее количество больных находилось в подростковом возрасте. В большинстве случаев имела место первичная, лабильная АГ. Все больные получали современную терапию.

Литература

1. Бекезин В.В. *Артериальная гипертензия у детей и подростков* // *Смоленский медицинский альманах*. — 2016. — №3. — С. 192–194.

ВНЕЗАПНАЯ НЕОЖИДАННАЯ СМЕРТЬ МЛАДЕНЦЕВ ВНЕ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Кораблёва Н.Н., канд. мед. наук, доц., зав. кафедрой педиатрии.

Сыктывкарский государственный университет

им. Питирима Сорокина.

E-mail: kemcard@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (912) 863 9083.

Ретроспективный анализ 174 случаев младенческой смертности от немедицинских причин выявил отсутствие унифицированной оценки обстоятельств и места смерти, что наглядно демонстрирует необходимость разработки и внедрения единого протокола оценки обстоятельств и места смерти в случае внезапной неожиданной смерти младенца.

The retrospective analysis of 174 cases of infant mortality from non-medical causes revealed the lack of a unified assessment of the circumstances and place of death, which clearly demonstrates the need to develop and implement a single protocol for assessing the circumstances and place of death in the event of sudden unexpected death of an infant.

Несмотря на успехи науки и продвижение в вопросах профилактики синдрома внезапной смерти младенцев (СВСМ), дискуссия о подходах к диагностике продолжается до сих пор. С одной стороны, диагноз СВСМ подвергается критике как «диагноз без болезни», по образному выражению R.W. Byard (1995)¹, с отсутствием патогномичных признаков, с другой — некритично и непоследовательно применяется ко всем видам внезапной смерти младенцев². В Российской Федерации СВСМ — наиболее частая причина младенческой смертности вне лечебных учреждений³, при этом в части регионов все случаи внезапной смерти младенцев без очевидных причин трактуются как асфиксия³.

Цель нашей работы — на основе ретроспективного анализа случаев смерти младенцев от немедицинских причин в Республике Коми обосновать пути оптимизации диагностики в случае внезапной неожиданной смерти младенцев. Материалами послужила медицинская документация (формы 096/у, 097/у, 112/у), протоколы патологоанатомических исследований, заключения комиссий по разбору младенческой смертности (МС) Минздрава Республики Коми, специально разработанные анкеты. Проанализировано 142 случая СВСМ с 1997 по 2017 г., 32 случая смерти от внешних причин с 2010 по 2017 г.

Результаты и обсуждение. За последние десятилетия в Республике Коми достигнуто снижение МС с 8,6% в 2005 г. до 4,2% в 2017 г. преимущественно за счёт отдельных состояний перинатального периода и врождённых пороков развития. Смертность детей от внешних причин имеет неблагоприятные тенденции:

относительная стагнация показателя с 2010 по 2014 г. и рост показателя на 53,6% в 2015–2016 гг. С 2015 г. отмечается тенденция к росту МС от внешних причин над смертностью от СВСМ. Структура МС от внешних причин в Республике Коми за 2010–2017 гг.: три четверти занимают асфиксия (50%) и убийства (25%), при этом 75% случаев механической асфиксии связано с нарушением организации безопасного пространства сна ребёнка первого года жизни. За период с 1997 по 2017 г. в Республике Коми (РК) в качестве заключительного патоморфологического диагноза СВСМ был признан в 142 случаях (из 1924 детей, умерших до года). Таким образом, в среднем семи детям первого года жизни в РК ежегодно смерть была диагностирована как СВСМ (R95 по МКБ-10). Совокупный показатель младенческой смертности от СВСМ составил $0,59 \pm 0,35\%$ (медиана — $0,52\%$). С 2010 по 2017 г., в течение которых уровень младенческой смертности в регионе не претерпел существенных изменений, в среднем составив $5,08 \pm 0,66\%$, МС от СВСМ составила $0,34 \pm 0,24\%$ (медиана — $0,22\%$). Совокупно за весь исследуемый период среди случаев смерти младенцев в постнеонатальном периоде СВСМ имел место в $13,5 \pm 6,5\%$ (медиана — $12,0\%$). Он значительно меньше, чем в странах с низкими показателями младенческой смертности. Анализ случаев МС вне лечебных учреждений в 2011 г. (средний уровень «вклада» СВСМ в МС и наиболее высокая смертность вне лечебных учреждений) выявил, что при направлении на аутопсию диагноз СВСМ был выставлен в 50% случаев, после аутопсии СВСМ составил 20%, а остальные 30% случаев расценены как инфекционные причины. Подробный анализ документации случаев смерти от инфекционных причин выявил, что в 36% случаев вообще не проведено изучение обстоятельств смерти, в 61,3% случаев отсутствуют данные об организации сна младенца (при наличии описания — 100% небезопасный сон). На наш взгляд, наступил момент для переосмысления интерпретации патологоанатомических данных. Отсутствие клиники инфекционного заболевания при наличии на вскрытии (при проведении гистологического исследования органов и тканей) признаков вирусной инфекции, а также иммуногистохимическое подтверждение наличия антигенов вирусов в тканях требуют неопровержимых доказательств роли инфекционного агента в танатогенезе. Таким образом, СВСМ и внешние причины занимают третье ранговое место в структуре МС в Республике Коми в 2010–2017 гг. Необходимо внедрение унифицированного алгоритма изучения обстоятельств и места смерти младенца в случае внезапной неожиданной смерти вне лечебного учреждения. Без учёта изучения данных обстоятельств смерть младенца необходимо трактовать как внезапную неожиданную смерть младенца по неизвестной или неуточнённой причине (R99 по МКБ-10).

Литература

1. Byard R.W. Sudden infant death syndrome — A “diagnosis” in search of a disease // *J. Clin. Forensic. Med.* — 1995. — Vol. 2. — P. 121–128.
2. Byard R.W. Sudden Infant Death Syndrome: Definitions // *SIDS Sudden Infant and Early Childhood Death: The Past, the Present and the Future / Adelaide (AU): University of Adelaide Press.* — 2018. — P. 1–13.
3. Крючко Д.С., Рюмина И.И., Чельшова В.В. и др. Младенческая смертность вне лечебных учреждений и пути её снижения // *Вопросы современной педиатрии.* — 2018. — №17 (6). — С. 434–441.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ г. КРАСНОДАРА

Коробкина О.Г., клинический ординатор 2-го года обучения.

Руководитель: **Бурлуцкая А.В.**, докт. мед. наук, доц.
Кубанский государственный медицинский университет
E-mail: olga_k_17@mail.ru;
моб. тел.: +7 (918) 988 7198.

Дефицит/недостаточность витамина D по-прежнему остаётся актуальной проблемой современной педиатрии. Почти у половины обследованных выявлен дефицит витамина D. Отмечена тенденция возрастания дефицита от младшего до школьного возраста. Дефицит витамина D имел каждый третий ребёнок младшего возраста, каждый четвёртый — дошкольного, каждый второй — школьного возраста. Полученные результаты наглядно демонстрируют необходимость определять уровень витамина D и проводить коррекцию.

Vitamin D deficiency / deficiency is still an urgent problem in modern pediatrics. Almost half of the examined patients were found to have vitamin D deficiency. There was a tendency for the deficit to increase from junior to school age. One in three young children, one in four of preschool children, and one in two of school age had vitamin D deficiency. The results obtained clearly demonstrate the need to determine the level of vitamin D and carry out correction.

На сегодняшний день витамин D пересёк границы метаболизма кальция и фосфатов и стал фактором обеспечения важнейших физиологических функций, который рассматривается в качестве стероидного гормона. Установлена предикторная роль витамина D в развитии различной патологии. Дефицит витамина D приобрёл статус глобальной проблемы здравоохранения во всём мире.

Цель работы — оценить обеспеченность витамином D детей г. Краснодара.

Исследование проведено на базе детской городской поликлиники №3 г. Краснодара. В группу вошли 78 детей от 1 до 17 лет. Уровень витамина D определялся методом ИФА, оценка обеспеченности — согласно критериям Национальной программы по недостаточности витамина D у детей и подростков (2018). Дефицит витамина D обнаружен почти у половины обследованных (42,3%), практически в равном соотношении между мальчиками (48,5%) и девочками (51,5%). Недостаточный уровень витамина D выявлен у 34,6% детей. Среди них были 25,9% мальчиков и 74,1% девочек. Оптимальный уровень наблюдался лишь у 23,1% участников исследования, из них у 44,4% мальчиков и 55,6% девочек. Среди детей младшего возраста дефицит витамина D выявлен у 33,33%, оптимальный уровень — у 66,66%. Дефицит витамина D имели 43,75% детей дошкольного возраста, 6,25% — недостаточность, 50% — оптимальный уровень. У 54,16% детей младшего школьного возраста обнаружен дефицит, у 41,67% — недостаточность, и только 4,17% имели оптимальный уровень. Среди детей старшего школьного возраста дефицит отмечен у 34,29%, недоста-

точность — у 45,71%, оптимальный уровень — у 20%. Почти у половины обследованных выявлен дефицит витамина D. Отмечена тенденция возрастания дефицита от младшего до школьного возраста. Дефицит витамина D имел каждый третий ребенок младшего возраста, каждый четвёртый — дошкольного, каждый второй — школьного возраста. Ввиду низкого витамин-D-статуса необходимо определять его уровень и проводить коррекцию.

Литература

1. Национальная программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции» // М.: ПедиатрЪ, 2018. — 96 с.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АНАМНЕЗА ДЕТЕЙ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ЭПИЛЕПСИИ И РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Кудлач А.И., ассистент кафедры детской неврологии;

Шалькевич Л.В., докт. мед. наук, доц., зав. кафедрой детской неврологии;

Стефанин А.Л., канд. экон. наук, доц. кафедры финансового менеджмента и информатизации здравоохранения.

Белорусская медицинская академия последипломного образования (г. Минск, Белоруссия).
E-mail: kudlatch.alisa@gmail.com;
моб. тел.: +375 (29) 2054649.

Проведено изучение частоты встречаемости анамнестических перинатальных параметров у детей с коморбидностью эпилепсии и расстройств аутистического спектра. Установлено, что у детей с формированием коморбидного фенотипа «эпилепсия–аутизм» возраст манифестации расстройства аутистического спектра не зависит от наличия и степени тяжести отягощения перинатального анамнеза. Определено, что для симптоматических и криптогенных форм эпилепсии по сравнению с идиопатическими при данном варианте коморбидности характерно достоверно более значимое влияние гипоксического фактора в интранатальном периоде.

Ключевые слова: перинатальные факторы, эпилепсия, расстройства аутистического спектра, гипоксия.

The study of the anamnestic perinatal parameters occurrence frequency in children with comorbidity of epilepsy and autism spectrum disorders was carried out. It was found that in children with the formation of the comorbid "autism-epilepsy" phenotype, the age of the autism spectrum disorder manifestation does not depend on the presence and severity of the perinatal history aggravation. It was determined that for symptomatic and cryptogenic forms of epilepsy in

comparison with genetic ones with this variant of comorbidity more significant influence of the hypoxic factor in the intranatal period is characteristic.

Keywords: perinatal factors, epilepsy, autism spectrum disorders, hypoxia.

Актуальность. Психоневрологические заболевания детского возраста являются значимой социально-экономической проблемой во всём мире. Сочетание расстройств аутистического спектра (РАС) с эпилепсией — одно из часто встречающихся коморбидных нарушений в неврологической и психиатрической практике. В среднем 30% детей с РАС имеют сопутствующий диагноз эпилепсии или судорожного синдрома, а у 1/3 пациентов детского возраста с эпилепсией развиваются аутистические расстройства различной степени выраженности. Считается, что неблагоприятные факторы анте-, интра- и раннего постнатального периода оказывают различное по интенсивности повреждающее влияние на центральную нервную систему ребёнка (ЦНС), приводя к нарушению её созревания и развитию психоневрологических расстройств.

Цель исследования — установить частоту встречаемости анамнестических перинатальных факторов и их значимость в последующем формировании коморбидного фенотипа «эпилепсия–аутизм».

Материалы и методы исследования. Исследование представляло собой когортное ретроспективное изучение анамнестических данных 90 пациентов в возрасте от 6 до 16 лет с РАС в сочетании с эпилепсией (или субклиническими эпилептиформными разрядами на ЭЭГ). Диагноз РАС и пароксизмальных нарушений эпилептического генеза устанавливался в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (F84.0, F84.1, F84.2, F84.5 и G40 либо R56.8 соответственно). Средний возраст установления диагноза РАС составлял 5,23±2,05 года. Средний возраст дебюта эпилептических приступов (или появления субклинической эпилептиформной активности на ЭЭГ) составлял 4,16±3,15 года. Проведён анализ частоты встречаемости различных перинатальных параметров у изучаемой когорты пациентов, а также сопоставление частоты их встречаемости в зависимости от этиологии эпилептических нарушений.

Результаты. В исследуемой когорте пациентов эпилептические нарушения идиопатического (генетического) генеза регистрировались в 33,3% (n=30), инфекционного — в 8,9% (n=8), метаболического — в 1,1% (n=1), структурного — в 11,1% (n=10), неизвестного (криптогенного) — в 45,6% (n=41) случаев. Семиотика РАС манифестировала в 3 года у 16,7% (n=15), в 4 года — у 30% (n=27), в 5 лет — у 17,8% (n=16), в 6 лет — у 16,7% (n=15), в 7 лет — 5,6% (n=5), в 8 лет — у 4,4% (n=4), в 9 лет — у 3,3% (n=3), в 10 лет — у 3,3% (n=3) и в 12 лет — у 2,2% (n=2) детей. Наследственная психопатологическая отягощённость установлена у 25,6% (n=23) пациентов, из них у 13,3% (n=12) — по первой и у 12,2% (n=11) — по второй и более линиям родства. Дети были рождены от первой беременности в 54,4% (n=49), от второй — в 21,1% (n=19), от третьей — в 10% (n=9), от четвёртой — в 10% (n=9), от пятой — в 2,2% (n=2), от шестой — в 2,2% (n=2) случаев. Патологическое течение беременности наблюдалось в 86,7% (n=78) случаев, при этом один патологический фактор зафиксирован у 20% (n=18), два — у 43,3% (n=39),

три — у 20% (n=18), четыре — у 3,3% (n=3), пять — у 2,2% (n=2) пациентов. Среди неблагоприятных антенатальных факторов регистрировались следующие: угроза прерывания — в 46,7% (n=42), анемия беременных — в 11,1% (n=10), гестоз — в 20% (n=18), гестационный сахарный диабет — в 5,6% (n=5), инфекционные заболевания — в 50% (n=45), патология мочевыделительной системы — в 13,3% (n=12), эндокринная патология — в 6,7% (n=6) и хроническая внутриутробная гипоксия — в 33,3% (n=30) случаев. Дети были рождены от первых родов в 68,9% (n=62), от вторых — в 24,4% (n=22), от третьих — в 5,6% (n=5) и от четвёртых — в 1,1% (n=1) случаев. При этом естественные роды произошли у 78,9% (n=71), плановое кесарево сечение — у 10% (n=9) и экстренное кесарево сечение — у 11,1% (n=10) респондентов. Роды в срок состоялись у 91,1% (n=82) детей, раньше срока — у 8,9% (n=8) пациентов. Патологическое течение родов зарегистрировано в 60% (n=54) случаев, при этом один неблагоприятный интранатальный фактор отмечен в 38,9% (n=35), два — в 13,3% (n=12), три — в 3,3% (n=3) и четыре — в 2,2% (n=2) случаев. Среди неблагоприятных интранатальных факторов зарегистрированы следующие: слабость родовой деятельности у 35,6% (n=32), длительный безводный период — у 24,4% (n=22), применение вспомогательных родоразрешающих методик — у 6,7% (n=6), асфиксия в родах — у 15,6% (n=14) детей. Патология раннего постнатального периода у изучаемой когорты пациентов отмечена в 46,7% (n=42) случаев, при этом один неблагоприятный фактор установлен у 22,2% (n=20), два — у 8,9% (n=8), три — у 8,9% (n=8) и четыре — у 4,4% (n=4) детей. Среди неблагоприятных факторов раннего постнатального периода наблюдались такие, как травматическое повреждение ЦНС в 5,6% (n=5), реализация внутриутробного инфицирования — в 13,3% (n=12), неонатальная энцефалопатия — в 31,1% (n=28), морфофункциональная незрелость — в 16,7% (n=15), дисметаболические расстройства — в 23,3% (n=21) случаев. На первом полугодии жизни на естественном вскармливании находилось 54,4% (n=49), на смешанном — 27,8% (n=25), на искусственном — 17,8% (n=16) детей. При сопоставлении частоты встречаемости различных перинатальных параметров у пациентов изучаемой когорты в зависимости от возраста манифестации семиотики РАС статистически значимых различий не установлено (значение коэффициентов парной корреляции регистрировалось в диапазоне от 0,017 для варианта вскармливания на первом полугодии жизни до 0,18 для морфофункциональной незрелости в раннем постнатальном периоде). При анализе частоты встречаемости анте-, интра- и ранних постнатальных факторов у детей с коморбидным фенотипом «эпилепсия–аутизм» определено, что интранатальное асфиксическое (гипоксическое) повреждение ЦНС достоверно чаще встречалось при симптоматических и криптогенных формах эпилептических нарушений (n=13) в сравнении с идиопатическими (n=1) (U-test=735, p=0,012).

Заключение. Полученные данные демонстрируют высокую частоту встречаемости неблагоприятных факторов перинатального периода у детей с коморбидностью РАС и эпилепсии (или субклиническими эпилептиформными разрядами на ЭЭГ) и подтверждают, что изучение патогенетических перинатальных предикторов нарушения формирования функции ЦНС ребёнка являются одним из приоритетных направлений научных исследований. В процессе исследования установлено, что

наиболее значимым перинатальным повреждающим фактором для развития симптоматических эпилептических нарушений у детей с РАС является гипоксическое воздействие в интранатальном периоде. Кроме того, отсутствие значимых отличий в частоте встречаемости неблагоприятных перинатальных параметров у детей с разным возрастом манифестации РАС может служить подтверждением патогенетической гипотезы формирования аутистического типа психического дизонтогенеза как варианта энцефалопатии развития на фоне генетически обусловленного нарушения созревания головного мозга.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РЕМИССИИ ПОСЛЕ ДЕБЮТА ГОРМОНОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, РАЗВИВШИХ И НЕ РАЗВИВШИХ ГОРМОНОЗАВИСИМОСТЬ

Ныркова П.А., аспирант кафедры;
Савенкова Н.Д., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра факультетской педиатрии.

E-mail: instant2010@mail.ru.

Показана длительность ремиссии после дебюта гормоночувствительного нефротического синдрома (НС) у детей, развивших и не развивших гормонозависимость.

Ключевые слова: нефротический синдром, гормоночувствительность, ремиссия после дебюта, гормонозависимость, дети.

The duration of remission after the onset of hormone-sensitive nephrotic syndrome (NS) in children who developed and did not develop hormone dependence was shown.

Keywords: nephrotic syndrome, hormone sensitivity, remission after debut, hormone dependence, children.

Актуальность проблемы гормоночувствительного нефротического синдрома в дебюте НС у детей обусловлена рецидивирующим и часто рецидивирующим течением, развитием гормонозависимости и стероидной токсичности. Гормоночувствительным НС у детей считают НС с нормализацией анализов мочи в результате преднизолонотерапии в стандартной дозе в течение 4–8 нед. У детей с гормоночувствительным НС после дебюта отмечают рецидивирующее и часто рецидивирующее течение в 70–80% случаев. Под рецидивирующим течением НС понимают возникновение менее двух рецидивов в течение 6 мес или одного–трёх рецидивов в течение 12 мес. Под часто рецидивирующим — два и более рецидивов в течение 6 мес или четыре и более рецидивов в течение 12 мес. Гормонозависимость прояв-

ляется двумя рецидивами НС при глюкокортикоидной терапии, снижении дозы или в течение 14 дней после её отмены. Развитие гормонозависимости является одним из показаний к назначению цитостатической терапии.

Цель исследования — оценить длительность ремиссии после дебюта гормоночувствительного НС у детей, развивших и не развивших гормонозависимость.

В исследование включены 132 ребёнка с НС, из них 83 мальчика и 49 девочек, с гормоночувствительным дебютом, с гормонозависимостью и без гормонозависимости. Оценивали возраст детей к дебюту, длительность ремиссии после дебюта гормоночувствительного НС. Морфологическое подтверждение диагноза НС с минимальными изменениями потребовалось из 132 у 39 детей (29,5%). Для статистической обработки полученных результатов исследования использовался пакет прикладных статистических программ Statistica 6.0. Методы описательной статистики включали в себя оценку медианы, верхнего и нижнего квартилей (Me [Q1–Q2]). При расчёте достоверности различий полученных данных использовались критерии Манна–Уитни.

Результаты. Клинико-лабораторный симптомокомплекс полного, гормоночувствительного НС без гематурии и артериальной гипертензии, с сохранной функцией почек в дебюте диагностирован у 132 детей (100%). Медиана возраста детей на момент дебюта НС составила 3,71 (2,46–5,17) года. Из 132 у 113 (85,6%) детей дебют гормоночувствительного НС возник в раннем и дошкольном возрасте (1–7 лет). Дебют гормоночувствительного НС из 132 детей ассоциирован у 68 (51,5%) с острой респираторной вирусной инфекцией, у 33 (25%) с клиническими проявлениями аллергии, у пяти (3,8%) с вакцинацией, у 26 детей (19,7%) не выявлено предшествующих факторов.

Дебют НС характеризовался полным клинико-лабораторным симптомокомплексом НС: отёки, протеинурия 4,6±0,6 г/сут, гипопротейнемия 51,2±2,15 г/л, гипоальбуминемия 16,2±5,3 г/л, гипер-α2-глобулинемия 22,1±1,4%, гиперхолестеринемия 7,7±1,2 ммоль/л, гиперфибриногенемия 7,6±1,1 г/л, ускорение СОЭ 45,1±6,2 мм/ч.

Терапия дебюта НС проводилась с использованием преднизолона в суточной дозе 2 мг/кг или 60 мг/м²/сут (не более 60 мг/сут) в течение 4–6 нед, затем 40 мг/м² или 1,5 мг/кг через день в альтернирующем режиме 4–6 нед (*per os*) общим курсом 2–6 мес в 86,4% и 7–14 мес в 13,6%.

При рецидиве НС у детей назначали преднизолон в суточной максимальной дозе 2 мг/кг или 60 мг/м² до отсутствия протеинурии в трёх последовательных анализах мочи, затем преднизолон в альтернирующем режиме в суточной дозе 40 мг/м² (1,3–1,5 мг/кг/сут) в течение 4 нед.

При анализе влияния возраста детей к дебюту НС на развитие гормонозависимости статистически значимых различий не выявлено. Медиана возраста к дебюту у детей с НС, развивших и не развивших гормонозависимость, составила 3,58 (2,25–5,08) и 4,08 (2,92–5,42) года соответственно ($p > 0,05$). Выявлено, что медиана длительности ремиссии до первого рецидива у детей с НС, развивших и не развивших гормонозависимость, составила 3 (2–4) и 8 (5–17) мес соответственно ($p < 0,00001$).

Заключение. Длительность ремиссии после гормоночувствительного дебюта нефротического синдрома у детей, развивших гормонозависимость, достоверно меньше, чем у таковых без гормонозависимости.

Литература

1. *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerulonephritis Work Group (2012) KDIGO Clinical Practice Guidelines for Glomerulonephritis // Kidney Int. — 2012. — Vol. 2. P. 163–171.*
2. Савенкова Н.Д., Папаян А.В., Батракова И.В. Нефротический синдром с минимальными изменениями у детей. // *Клиническая нефрология детского возраста: Руководство для врачей.* — СПб.: Левша, 2008. — С. 279–302.
3. Игнатова М.С., Длин В.В. Нефротический синдром: прошлое, настоящее и будущее // *Рос. вестн. перинатол. и педиатр.* — 2017. — №62 (6). — С. 29–44.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ МЛАДЕНЦЕВ С НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ КЛЕТОЧНОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ

Овсянников Д.Ю., докт. мед. наук, зав. кафедрой;
Жесткова М.А., канд. мед. наук, доц. кафедры;
Карпенко М.А., ассистент кафедры.

Российский университет дружбы народов, кафедра педиатрии.

E-mail: mdovsyannikov@yahoo.com;
моб. тел.: +7 (916) 152 8625.

Нейроэндокринная клеточная гиперплазия младенцев является одним из интерстициальных заболеваний лёгких у детей. Нейроэндокринную клеточную гиперплазию младенцев необходимо подозревать при возникновении стойкого тахипноэ, крепитации и гипоксемии у детей на первом году жизни.

Neuroendocrine hyperplasia of infancy is a type of interstitial lung disease. Neuroendocrine hyperplasia of infancy should be suspected in infants who present tachypnea, crackles and hypoxemia within the first year of life.

Нейроэндокринная гиперплазия младенцев (НЭГМ) — интерстициальное заболевание лёгких (ИЗЛ) неизвестной этиологии, развивающееся в грудном возрасте и проявляющее себя в виде персистирующего тахипноэ¹. НЭГМ манифестирует у детей в возрасте от нескольких месяцев жизни до года в виде стойкого тахипноэ, крепитации и гипоксемии. В большинстве случаев диагноз может быть установлен на основании компьютерной томографии (КТ) и клинических данных, но в ряде случаев необходима биопсия лёгких. Респираторные симптомы и гипоксемия имеют тенденцию с возрастом улучшаться, но могут сохраняться годами².

Мы провели обобщение результатов многолетних наблюдений пациентов с НЭГМ с определением клинической и лабораторно-инструментальной характеристики, особенностей течения заболевания, трудностей диагностики и оказания терапии. За период с января 2012 по январь 2021 г. под наблюдением, в том числе в катамнезе, находились 59 детей с НЭГМ в возрасте от 21 дня жизни до 10 лет, медианный возраст — 5 мес (интерквартильный размах — 4,5 мес). Дизайн исследования — многоцен-

тровое несравнительное открытое нерандомизированное ретроспективное. По результатам проведённого исследования было установлено, что НЭГМ чаще развивается у мальчиков (2/3 случая). В большинстве случаев (91%) дети с НЭГМ были рождены от неосложнённой доношенной беременности. Манифестирует заболевание у детей грудного возраста, при этом половина всех случаев приходится на 4–5-й месяц жизни. Постоянным симптомом НЭГМ является тахипноэ, сопровождаемая одышкой смешанного характера. При аускультации лёгких у большинства (86%) больных определялась диффузная крепитация, преимущественно над передней поверхностью грудной клетки. У половины больных (54%) была зарегистрирована недостаточность питания, её развитие совпадало по времени со сроками манифестации заболевания. Замедление прибавки массы тела у грудного ребёнка является одним из важных симптомов НЭГМ, который нужно включать в дифференциально-диагностический поиск этиологических факторов эндогенной гипотрофии или недостаточности питания³. Большинство младенцев с НЭГМ имели высокочувствительные и высокоспецифичные КТ-признаки: чётко очерченные «географические» зоны «матового стекла» в средней доле и язычковых сегментах. Накопленный опыт ведения пациентов с НЭГМ позволяет охарактеризовать данную самостоятельную нозологическую форму как самое частое ИЗЛ у детей первых 2 лет жизни. Знания об этом заболевании позволят избежать неоправданного назначения длительных курсов терапии системными и ингаляционными глюкокортикостероидами, бронходилататорами, которая неэффективна вследствие отсутствия воспалительного компонента патогенеза и небезопасна⁴.

Литература

1. Deterding R.R., Pye C., Fan L.L. et al. *Persistent tachypnea of infancy is associated with neuroendocrine cell hyperplasia // Pediatr. Pulmonol. — 2005. — Vol. 40. — P. 157–165.*
2. Ашерова И.К., Власова А.В., Федотова О.П. Тахипное неясного генеза у младенца. Верное суждение трудно, опыт обманчив (записки детского пульмонолога). — Ярославль: Аверс Плюс, 2014. — С. 43–47.
3. Звонкова Н.Г., Боровик Т.Э., Скворцова В.А. и др. Недостаточность питания у детей первого года жизни (в рамках новой редакции «Программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации») // *Педиатрия им. Г.Н. Сперанского.* — 2020. — Т. 99 (2). — С. 190–198.
4. Овсянников Д.Ю., Карпенко М.А., Жесткова М.А. и др. *Трудности диагностики и ведения пациентов с нейроэндокринной гиперплазией младенцев // Педиатрия.* — 2020. — Т. 99 (4). — С. 78–87.

СИНДРОМ БАРДЕ–БИДЛЯ С АНОМАЛИЕЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК

Подлесная О.Н., клинический ординатор 1-го года обучения.

Руководитель: **Бурлуцкая А.В.**, докт. мед. наук, доц. Кубанский государственный медицинский университет.

E-mail: oksamapodles@gmail.com;
моб. тел.: +7 (952) 558 8541.

Данный генетический синдром является редким, и клинический случай интересный. У девочки выявлен синдром Барде–Бидля (полидактилия, умственная отсталость средней степени, прогрессирующее ожирение, пигментная ретинопатия) с врождённой аномалией развития почек (с нарушением функции), но при этом имеет место нормальное строение внутренних половых органов и половое развитие соответствует возрасту.

This genetic syndrome is rare and the clinical case is interesting. The girl was diagnosed with Bardet-Biedl syndrome (polydactyly, moderate mental retardation, progressive obesity, retinopathy pigmentosa) with congenital malformation of the kidneys (with impaired function), but at the same time there is a normal structure of the internal genital organs and sexual development corresponds to age.

Синдром Барде–Бидля (СББ) — редкое генетическое заболевание, встречающееся с частотой 1:120 000 новорождённых, наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Характеризуется дизэнцефально-ретинопатической и проявляется ожирением, умственной отсталостью, ретинопатией, гипогенитализмом и другими пороками развития.

Цель исследования — показать разнообразие и тяжесть клинической симптоматики редкого наследственного заболевания (СББ) у девочки 14 лет.

Проведён ретроспективный анализ анамнестических сведений, течения заболевания, лабораторных и инструментальных данных, а также проводимой терапии пациентке с СББ. Девочка 14 лет поступила в педиатрическое отделение ДККБ г. Краснодара в сентябре 2019 г. с жалобами на слабость, повышение температуры до 38,5 °С, боли в животе. Из анамнеза: при рождении выявлено наличие шестого пальца на всех конечностях, росла и развивалась с отставанием в психомоторном развитии и с избытком массы тела, офтальмологом выявлена пигментная ретинопатия. В возрасте 2 лет генетиком выставлен диагноз СББ. При поступлении: рост 146 см, вес 88 кг, физическое развитие низкое, дисгармоничное за счёт ожирения III–IV степени. Отстаёт в умственном развитии. Но половое развитие соответствует возрасту — Ма3, Ах3, Р3, Ме2. Лабораторно: признаки острого бактериального воспаления (лейкоциты 15,9×10⁹/л, нейтрофилы 82%, СРБ 46,72 мг/л), лейкоцитурия и бактериурия (уропатогенная кишечная палочка 1000 КОЕ в 1 мл), протеинурия (0,3–1,0 г/л, 1,5 г/сут), гипоизостенурия (удельный вес 1004–1008), азотемия (мочевина 9 ммоль/л, креатинин 164,0 мкмоль/л). УЗИ почек: признаки диффузных изменений паренхимы правой (единственной) почки. Динамическая реносцинтиграфия: изображение левой почки достоверно не визуализируется, сохранённая фильтрационная и умеренное снижение экскреторной функции правой почки. У девочки с СББ выявлены врождённая аномалия развития почек (гипоплазия и дисплазия единственной правой почки) и хронический пиелонефрит единственной правой почки. На фоне антибактериальной терапии купировались синдром интоксикации, лейкоцитурия, бактериурия и протеинурия.

Литература

- Гинтер Е.К., Пузырев В.П. Наследственные болезни: Национальное руководство: краткое издание. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 464 с.
- Горбунова М.А., Корженевская В.Н. Генетика в клинической практике: Руководство для врачей. — СПб.: СпецЛитБ, 2015. — 329 с.
- Новиков П.В. Проблема редких (орфанных) наследственных болезней у детей в России и пути её решения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2012. — №2. — С. 4–8.

ВРОЖДЁННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕВОЧЕК. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Родина М.А., детский акушер-гинеколог¹;
Чеботарёва Ю.Ю., докт. мед. наук, руководитель проблемной научной лаборатории комплексного изучения репродуктивных нарушений девочек и девушек-подростков².

¹Клинико-диагностический центр «Здоровье»;

²Ростовский государственный медицинский университет (г. Ростов-на-Дону).

E-mail: rodina_marisha@mail.ru;

моб. тел.: +7 (904) 443 5455.

Пороки развития половых органов составляют 14% от всех врождённых аномалий, при этом пороки развития матки и влагалища составляют 6,5% от всей гинекологической патологии у девочек. Выявление пороков развития внутренних половых органов затруднено в связи с отсутствием чётких диагностических критериев. На первичном приёме у специалиста амбулаторного звена всегда должна быть настороженность в отношении пороков развития у девочек с нарушениями менструального цикла, что показано на клинических примерах.

Ключевые слова: пороки развития половых органов, девочки, репродуктивное здоровье, ультразвуковое исследование, МРТ.

Genital malformations account for 14% of all congenital anomalies, while uterine and vaginal malformations account for 6.5% of all gynecological pathology in girls. Identification of internal genitalia malformations is difficult due to the lack of clear diagnostic criteria. During the primary reception, an outpatient specialist should always be wary of malformations in girls with menstrual disorders, which is shown in the clinical examples.

Keywords: genital malformations, girls, reproductive health, ultrasound, MRI.

Пороки развития половых органов составляют 14% от всех врождённых аномалий с увеличением более чем в 10 раз у девочек за последние 5 лет^{1,2}. Аномалии развития органов репродуктивной системы являются полиэтиологическими, связанными с хромосомными и генными нарушениями, с результатом тератогенного воздействия на плод различных

факторов, гормональными изменениями в период органогенеза³. С целью изучения клинических особенностей проанализированы четыре случая врождённых пороков развития женских половых органов у девочек.

Клинический случай 1. Пациентка П., 13 лет, обратилась с жалобами на обильные менструации, переходящие в кровотечения. Из анамнеза: ребёнок от второй беременности, протекавшей без осложнений, вторых срочных физиологических родов. У мамы имеется двурогая матка. Ребёнку выполнено полное клинико-лабораторное обследование, по данным УЗИ выявлено наличие двурогой матки, по данным МРТ диагноз был дополнен наличием полной внутриматочной перегородки. Ребёнок консультирован докт. мед. наук, проф. Уваровой Е.А., выполнена жидкостная вагиноскопия, офисная гистероскопия. В данный момент пациентка получает гормональную терапию с положительным эффектом под наблюдением детского гинеколога, планируется дальнейшая коррекция.

Клинический случай 2. Пациентка Б., 13 лет, обратилась с жалобами на отсутствие менструаций. Из анамнеза: ребёнок от первой беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности, срочных физиологических родов. Объективно — ребёнок нормостенического телосложения, признаки маскулинизации отсутствуют. По результатам клинико-лабораторного обследования: кариотип 46,XX, по данным УЗИ матка и яичники не визуализированы. При выполнении МРТ органов малого таза выявлено наличие аплазии матки, правого яичника, гипоплазии влагалища, дистопии правого яичника (расположение на уровне крыла подвздошной кости). Ребёнок готовится к дообследованию в условиях федерального центра.

Клинический случай 3. Пациентка Ю., 15 лет, обратилась с жалобами на скудные болезненные менструации. Из анамнеза: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности, вторых срочных физиологических родов. При обследовании по данным УЗИ нельзя исключить наличие однорогой матки. По данным МРТ диагноз подтверждён, яичники гипоплазированы, данных о наличии рудиментарного рога нет. Ребёнок также направлен в федеральный центр для дальнейшего дообследования.

Клинический случай 4. Пациентка К., 14 лет, обратилась с жалобами на болезненные менструации. Из анамнеза: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности, срочных оперативных родов. У мамы имеется полная форма удвоения матки. Ребёнку выполнено полное клинико-лабораторное обследование, по данным УЗИ выявлено наличие полного удвоения матки и шейки матки. По данным МРТ диагноз дополнен удвоением влагалища. Ребёнок дообследован в условиях Научно-исследовательского института акушерства и педиатрии г. Ростова-на-Дону с подтверждением диагноза.

Пороки развития матки и влагалища составляют 6,5% от всей гинекологической патологии у девочек и вызывают проблемы с выявлением формы и ведением пациенток в поликлинических условиях.

Литература

1. Гуркин Ю.А., Рухляда Н.Н. *Гинекология детского и подросткового возраста: Руководство для врачей.* — М.: Медицинское информационное агентство, 2019.

2. *Нарушения полового развития и гинекологические заболевания детей и подростков. Гинекология: Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Е. Радзинского и др.* — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — С. 927–934.

3. Чеботарёва Ю.Ю. *Гинекология детского и подросткового возраста* — Ростов н/Д., 2004. — 400 с.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НА ПОСЛЕДУЮЩЕЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ

Филипович Е.К., канд. мед. наук, доц., доц. кафедры нервных и нейрохирургических болезней;

Кудлач А.И., ассистент кафедры детской неврологии;

Стефанин А.Л., канд. экон. наук, доц. кафедры финансового менеджмента и информатизации здравоохранения.

Белорусская медицинская академия последипломного образования (г. Минск, Белоруссия).

E-mail: kudlatch.alisa@gmail.com;

моб. тел.: +375 (29) 2054649.

Проведено сопоставление вероятных неблагоприятных факторов перинатального периода у пациентов детского возраста с нарушением психоневрологического развития и наличием (группа исследования) либо отсутствием (группа сравнения) указаний в анамнезе на установленное перинатальное поражение ЦНС. Определено, что в группе исследования достоверно чаще отмечалось воздействие вероятных повреждающих факторов в интра- и раннем постнатальном периодах. В антенатальном периоде в обеих группах количество факторов риска оказалось практически идентичным. Не установлено статистически значимых различий в средних значениях интегрального прогностического показателя последующего психоневрологического развития.

Ключевые слова: перинатальные факторы, перинатальное поражение нервной системы, психоневрологическое развитие.

Potential adverse factors of the perinatal period were compared in pediatric patients with impaired neuropsychiatric development and the presence (study group) or absence (comparison group) of established perinatal CNS damage. It was found that in the study group, the impact of damaging factors in the intra- and early postnatal periods was significantly more often noted. In the antenatal period, the number of risk factors in both groups was almost identical. No statis-

tically significant differences were found in the mean values of the integral prognostic indicator of subsequent neuropsychiatric development.

Keywords: perinatal factors, perinatal damage to the nervous system, neuropsychiatric development.

Актуальность. Повреждающие факторы в раннем периоде жизни нарушают когнитивно-мнестическое благополучие на протяжении последующих этапов развития, что убедительно продемонстрировано эпидемиологическими и статистическими исследованиями. Неблагоприятные факторы анте-, интра- и раннего постнатального периодов могут оказывать различное по интенсивности повреждающее влияние на нервную систему ребёнка.

Цель исследования — установить частоту встречаемости вероятных неблагоприятных перинатальных факторов по данным анамнеза детей с нарушениями нервно-психического развития и оценить степень их дифференцированного участия в последующем нарушении высшей нервной деятельности.

Материалы и методы исследования. Проведено когортное ретроспективное изучение анамнестических данных 200 пациентов в возрасте от 6 до 10 лет с нарушениями высшей нервной деятельности, дебютировавшими на различных этапах постнатального развития. Критериями включения в исследование были наличие или отсутствие у пациентов установленного диагноза нарушения психоречевого или речевого развития в рамках синдромальных (R62) либо нозологических (F06–07, F70–73, F80–84) форм. Пациенты были разделены на две группы: группу исследования (ГИ, n=100) — с наличием указания в анамнезе на энцефалопатию или нарушение психомоторного развития на первом году жизни вследствие установленного перинатального поражения ЦНС гипоксического, инфекционного, травматического, дисметаболического и другого генеза; и группу сравнения (ГС, n=100) — с отсутствием таких указаний. В выделенных группах проведён анализ частоты встречаемости следующих вероятных факторов риска развития патологии ЦНС: 1) антенатальных (отягощённый акушерский анамнез, угроза прерывания беременности, анемия беременной, соматическая или эндокринологическая патология беременной, инфекционные заболевания во время беременности, развитие гестоза в III триместре, хроническая фетоплацентарная недостаточность); 2) интранатальных (вариант родовспоможения, первичная слабость родовой деятельности, длительный безводный период, применение стимулирующих процедур и дополнительных родоразрешающих манипуляций, асфиксия в родах); 3) ранних постнатальных (травматические повреждения нервной системы, реализация внутриутробного инфицирования, неонатальная энцефалопатия, морфофункциональная незрелость, ядерная желтуха). С целью повышения точности проводимого анализа использован показатель реабилитационного потенциала (РП), оценка которого проводилась по трём градациям: благоприятный (3 балла), сомнительный (2 балла), неблагоприятный (1 балл). Статистическая обработка данных проводилась на основе описательных методов и корреляционно-регрессионного анализа.

Результаты. В ГИ и ГС количество неблагоприятных антенатальных факторов было распределено следующим образом: ни одного — у 6 (n=6) и 13% (n=13), один — у 25 (n=25) и 18% (n=18), два — у 40 (n=40) и 34% (n=34%), три — у 17 (n=17) и 23% (n=23), четыре — у 10 (n=10) и 8% (n=8),

пять — у 1 (n=1) и 4% (n=4) и шесть — у 1 (n=1) и 0% (n=0) соответственно; количество неблагоприятных интранатальных факторов: ни одного — у 28 (n=28) и 60% (n=60), один — у 49 (n=49) и 30% (n=30), два — у 13 (n=13) и 9% (n=9), три — у 8 (n=8) и 1% (n=1), четыре — у 2 (n=2) и 0% (n=0) соответственно; количество неблагоприятных ранних постнатальных факторов: ни одного — у 27 (n=27) и 77% (n=77), один — у 27 (n=27) и 22% (n=22), два — у 23 (n=23) и 0% (n=0), три — у 13 (n=13) и 2% (n=2), четыре — у 9 (n=9) и 0% (n=0), пять — у 1 (n=1) и 0% (n=0) соответственно. Значения РП в ГИ и ГС составляли: 1 балл — 9 (n=9) и 0% (n=0), 2 балла — 36 (n=36) и 6% (n=6), 3 балла — 55 (n=55) и 94% (n=94) соответственно. В ГИ среднее количество антенатальных повреждающих факторов составило 2,07±1,15, интранатальных — 1,07±0,96, ранних постнатальных — 1,53±1,31. В ГС среднее количество антенатальных повреждающих факторов составило 2,07±1,27, интранатальных — 0,51±0,7, ранних постнатальных — 0,25±0,5. При этом значение РП к концу первого года жизни в ГИ составило 2,46±0,66, в ГС — 2,94±0,24.

Заключение. В ГИ и ГС имелась причинно-следственная связь между воздействием повреждающих перинатальных факторов в анте-, интра- и постнатальном периодах и последующим расстройством становления высшей нервной деятельности. В ГИ достоверно чаще отмечалось воздействие вероятных повреждающих факторов в интра- (U-test=3260,5, p<0,0001) и раннем постнатальном (U-test=2014, p<0,0001) периодах. В антенатальном периоде в обеих группах количество факторов риска развития последующих нарушений онтогенеза оказалось практически идентичным. В ГИ и ГС не установлено статистически значимых различий в средних значениях РП на первом году жизни. Таким образом, воздействие вероятных повреждающих факторов именно в антенатальном периоде может считаться одной из основных причин последующего возникновения расстройств нервно-психического онтогенеза у детей вне зависимости от прогностического показателя РП и чётких признаков перинатального поражения ЦНС на первом году жизни. Наше исследование подтверждает особенную чувствительность ЦНС к воздействию неблагоприятных факторов в антенатальном периоде, что свидетельствует в пользу высокой вероятности негативных последствий выжидательной тактики со стороны специалистов при установлении факторов риска перинатального периода в анамнезе ребёнка.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТА У ДЕВОЧЕК, СТРАДАЮЩИХ РЕКУРРЕНТНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВОГО ТРАКТА

Чеботарёва Ю.Ю., докт. мед. наук, доц.;

Летифов Г.М., докт. мед. наук, проф.;

Костюева З.А., канд. мед. наук.

Ростовский государственный медицинский университет.

E-mail: chebotarevaulia@inbox.ru;

моб. тел.: +7 (928) 100 6055.

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 «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 «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в г. Москве
- БИК: 044525411
- К/с: 30101810145250000411
- 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.

подписаться по специальной цене

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

С целью изучения эффективности адьювантной терапии при вульвовагинитах обследованы 40 пациенток в возрасте 3–6 лет с рекуррентными инфекциями мочевого тракта, из них первая группа (n=20) — стандартное лечение с использованием антисептиков и антибиотиков; вторая группа (n=20) — адьювантная терапия с использованием рекомбинантного интерферона альфа-2b, комплекса бактериофагов и препарата «Канефрон Н». После проведения адьювантной терапии рецидивы вульвовагинита отсутствовали.

Ключевые слова: вульвовагинит, инфекции мочевого тракта.

To study the effectiveness of adjuvant therapy in vulvovaginitis, 40 patients aged 3–6 years with recurrent urinary tract infections were examined, of which group 1 (n=20) — standard treatment using antiseptics and antibiotics; group 2 (n=20) — adjuvant therapy using recombinant interferon alpha 2b, a complex of bacteriophages and the drug Kanefron N. After adjuvant therapy, relapses vulvovaginitis was absent.

Keywords: vulvovaginitis, recurrent urinary tract infections.

Инфекции мочевых путей (ИМП) — самые распространённые нефрологические заболевания у девочек дошкольного возраста¹. В настоящее время отмечается тенденция к повышению частоты рецидивирующего течения вульвовагинита, связанного с рекуррентными ИМП². Роль ИМП в развитии ВВ в дошкольном возрасте очевидна³. Диагностика, связанная с проблемами коморбидности симптоматики сочетанных ВВ, вызывает определённые трудности. При рецидивирующем течении ВВ у девочек с ИМП часто отмечаются синехии малых половых губ². Следует обратить внимание на пролапс уретры у девочек дошкольного возраста⁴. Дети с пролапсом уретры нередко отмечают кровотечение, дизурию и/или затруднение мочеиспускания. С пролапсом уретры легко спутать ботриоидную саркому, возникающую в дистальном отделе уретры, или уретероцеле, при этом необходима консультация детского уролога⁴. У девочек дошкольного возраста наличие эктопического мочеточника может вызвать хроническое раздражение вульвы и усиление выделений¹. Отмечают, что использование антибиотиков и антисептиков не снижает частоту рецидивов ВВ у пациенток с ИМП дошкольного возраста².

Всё вышперечисленное свидетельствует об актуальности изучения проблем лечения вульвовагинита у девочек дошкольного возраста с ИМП.

Цель исследования — оценка эффективности адьювантной терапии (АТ) вульвовагинита у девочек с рекуррентными ИМП.

Материалы и методы. В исследование включены 40 пациенток в возрасте 3–6 лет (4,5±0,8 года) с вульвовагинитом на фоне рекуррентных ИМП (два и более за 6 мес), из них первая группа (n=19) — стандартное лечение (СТЛ) с использованием антисептиков и антибиотиков; вторая группа (n=20) — АТ. Всем пациенткам проводилось исследование микробиоценоза влагалища с помощью ПЦР в режиме реального времени. В АТ использовали ректальные свечи, содержащие рекомбинантный интерферон альфа-2b и высокоактивные антиоксиданты — аскорбиновую кислоту и альфа-токоферола ацетат, комплекс бактериофагов (КБФ), содержащий 40 видов

бактериофагов, из коллекции ООО «НПЦ «Микромир» и препарат фитониринговой природы «Канефрон Н». Частоту возникновения рецидива вульвовагинита оценивали в течение 12 мес после лечения.

Результаты. Показатели общей бактериальной массы вагинального биотопа у обследуемых девочек были выше возрастных нормативов (5,6±0,02 ГЭ/обр.), преобладала факультативно-анаэробная микрофлора, включая *Enterobacteriaceae spp.*, при снижении *Mobiluncus spp./Corynebacterium spp.* У всех пациенток второй группы выделения, гиперемия наружных половых органов и дискомфорт в области гениталий, отёчность исчезли на 2-е сутки. После лечения выявлены нормальные показатели бактериоскопии вагинального секрета, и в течение 12 мес отмечалось уменьшение общей бактериальной массы, логарифмического роста микробных геномов *Enterobacteriaceae spp.* ($p < 0,05$), рецидивов вульвовагинита не было. У пациенток первой группы, получивших стандартное лечение, симптомы вульвовагинита купировались на 6-е сутки, шести пациенткам потребовалось повторное назначение лечения, и рецидивы вульвовагинита отмечались у 64%.

Выводы. Адьювантная терапия, включающая локальное использование комплекса бактериофагов, применение средства, содержащего рекомбинантный интерферон α2b, и препарата фитониринговой природы, уменьшает количество рецидивов вульвовагинита у пациенток с рекуррентными ИМП в дошкольном возрасте.

Литература

1. Bitsori M., Galanakis E. Pediatric urinary tract infections: diagnosis and treatment // *Expert Review of anti-infective therapy*. — 2012. — Vol. 10 (10). — P. 1153–1164.
2. Летицфов Г.М., Чеботарева Ю.Ю., Костоева З.А. Особенности комплексного лечения вульвовагинита у девочек-дошкольниц с различными формами пиелонефрита // *Нефрология*. — 2017. — №21 (5). — С. 59–64.
3. Силенко О.Н., Савенкова Н.Д., Кутушева Г.Ф. Гинекологическая патология у девочек с инфекцией мочевой системы // *Педиатрия*. — 2011. — №2 (4). — С. 7–11.
4. Laufer M.R., Goldstein D.P., Hendren W.H. Structural abnormalities of the female reproductive tract // *Pediatric and adolescent gynecology, 6th ed.* — Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. — 2012. — 1234 p.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Чеснокова С.А., ассистент кафедры;
Вялкова А.А., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой.
Оренбургский государственный медицинский
университет, кафедра факультетской педиатрии.
E-mail: k_pediatriy@orgma.ru;
моб. тел.: +7 (922) 885 8487.

Перинатальные факторы и патология перинатального периода, наследственная отягощённость

по заболеваниям почек, инфекционное воздействие и рецидивы ренальной инфекции в анамнезе выявлены достоверно чаще у детей с различными стадиями хронической болезни почек (ХБП) по сравнению с детьми с хроническими заболеваниями почек без признаков ХБП ($p < 0,05$). Доказана их диагностическая информативность как критериев прогнозирования течения хронических заболеваний почек.

Perinatal factors and pathology of the perinatal period, hereditary burden of kidney diseases, infectious effects and relapses of renal infection in the anamnesis were significantly more common in children with various stages of chronic kidney disease (CKD) compared to children with chronic kidney diseases without signs of CKD ($p < 0.05$). Their diagnostic informativeness as criteria for predicting the course of chronic kidney diseases is proved.

Перинатальный стресс и последствия его воздействия реализуются как патогенетическое звено формирования патологии детского возраста¹⁻³. Наиболее распространённой формой стресса является гипоксия плода, приводящая к неконтролируемому окислительному стрессу на клеточном и тканевом уровнях с развитием осложнений беременности и патологических состояний у новорождённого^{1,2}.

Проблема поражения почек у детей, перенёвших гипоксию, актуальна в связи с высокой частотой пренатальной гипоксии плода и острой асфиксии новорождённых и риском развития нефрологической патологии у данной группы детей в дальнейшем⁴.

Цель исследования — оценить перинатальные факторы риска у детей с хронической болезнью почек.

Проведён ретроспективный анализ 3500 историй болезни пациентов с хроническими заболеваниями почек (ХЗП) с оценкой комплексного клинико-параclinicalического обследования и нефрологического статуса. Выделены группы детей с различными стадиями ХБП и пациенты с ХЗП без признаков ХБП. Проведён анализ перинатальных факторов, данных генеалогического анамнеза и частоты перинатальной патологии у всех обследуемых детей. Статистическая обработка материала произведена с помощью прикладного комплекта программ Microsoft Office при использовании электронных таблиц Excel, программы STATISTICA 6.0, включающей все основные виды системного и многофакторного анализа.

Установлена достоверно более высокая частота наследственной отягощённости по патологии почек и патологии перинатального периода в группе пациентов с ХБП по сравнению с детьми с ХЗП без признаков ХБП ($p < 0,05$). Доказано, что мертворождения, выкидыши в анамнезе, медицинские аборт у матерей детей с ХБП встречались достоверно чаще по сравнению с группой детей с ХЗП без признаков ХБП ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ показал, что патология беременности и родов выявлена у 94,4% матерей детей с ХБП по сравнению с пациентами без признаков ХБП в виде гестоза I половины беременности (62,2%), гестационного пиелонефрита (20%), ОРВИ в I половине беременности (24,4%, $p < 0,05$).

Выявлена достоверно более высокая частота патологии перинатального периода в группе пациентов с ХБП по сравнению с детьми с ХЗП без признаков ХБП ($p < 0,05$).

Преобладала задержка внутриутробного развития плода (44,4 против 11%, $p < 0,05$), недоношенность (31,3 против 18%, $p < 0,05$), хроническая внутриутробная гипоксия плода (71 против 41,3%, $p < 0,05$). У матерей пациентов с ХБП достоверно чаще отмечались обострения пиелонефрита во время беременности, гестационный пиелонефрит ($p < 0,05$).

У пациентов с ХБП достоверно чаще отмечались рецидивы ренальной инфекции по сравнению с детьми с ХЗП без признаков ХБП ($p < 0,001$).

Доказано, что перинатальные факторы являются информативными для оценки течения хронического заболевания почек и прогнозирования формирования хронической болезни почек.

Литература

1. Иванов Д.О. Руководство по перинатологии. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Информ-Навигатор, 2019. — Т. 1. — 936 с.
2. Иванов Д.О. Руководство по перинатологии. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Информ-Навигатор, 2019. — Т. 2. — 1592 с.
3. 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.
4. Тугушева Ф.А. Оксидативный стресс и хроническая болезнь почек // Нефрология. — 2007. — Т. 11. — №3. — С. 29–47.

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Ющенко А.Ю., ассистент кафедры педиатрии,
физиотерапии и курортологии.

Руководитель: **Каладзе Н.Н.**, докт. мед. наук, проф.

Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского, Медицинская академия
им. С.И. Георгиевского (г. Симферополь).

E-mail: yushrnko_alexandra@mail.ru;
моб. тел.: +7 (978) 767 9300.

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы детей, оперированных по поводу дефекта межжелудочковой перегородки, нарушено. При проведении велоэргометрии было выявлено, что у детей, оперированных в возрасте старше 2 лет, нарушена толерантность к физической нагрузке в отличие от детей, оперированных в более раннем возрасте, и здоровых детей. Эти данные свидетельствуют о необходимости коррекции функционального состояния сердечно-сосудистой системы у данной категории пациентов.

The functional state of the cardiovascular system of children operated on for ventricular septal defect is impaired. When carrying out bicycle ergometry, it was found that children operated on over 2 years old had impaired exercise tolerance, in contrast to children operated on at an earlier age and healthy children. These data indicate the need to correct the functional state of the cardiovascular system in this category of patients.

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) является наиболее распространённым врождённым пороком сердца. Оптимальным сроком оперативного лечения ДМЖП является возраст до 2 лет в связи с риском развития лёгочной гипертензии. Идеальным и наиболее физиологичным видом провокации, позволяющим оценить полноценность компенсаторно-приспособительных механизмов организма, является физическая нагрузка, которая при наличии патологии отражает степень функциональной неполноценности кардиореспираторной системы.

Цель исследования — оценить физическую работоспособность детей, оперированных по поводу ДМЖП, в зависимости от возраста его коррекции. Были обследованы 74 ребёнка, оперированных по поводу ДМЖП, и 30 здоровых детей (КГ). Дети с ДМЖП были разделены на две группы: первую группу составили 54 ребёнка, оперированные в сроке до 2 лет жизни (медиана возраста — 10 [5,5–14] лет, и вторую группу — 20 детей, оперированных в возрасте старше 2 лет (медиана возраста — 9 [7–12,5] лет). Средний возраст детей КГ составил 10,7±3,47 года. Группы были сопоставимы по возрасту и полу ($p>0,05$). Медиана возраста операции составила 1 [0,5; 2] год, послеоперационного периода — 6 [4–11] лет. Всем обследуемым были проведены функциональные пробы сердечно-сосудистой и дыхательной систем (пробы Штанге и Генчи) и велоэргометрия (ВЭМ) на системе Ergocard II (Esaote, Италия) под контролем ЭКГ-мониторинга по методике PWC₁₇₀ с начальной нагрузкой 1 Вт/кг и последующим увеличением нагрузки каждые 3 мин на 0,5 Вт/кг до достижения субмаксимального пульса (85–90% от максимального пульса для данного возраста) либо усталости. Не было выявлено статистически значимых различий ($p=0,207$) в количестве детей, имеющих регулярную физическую нагрузку: среди

детей первой группы — 14 (25,9%) пациентов, среди детей второй группы — два (10%) человека. В первой группе показатель пробы Штанге составил 31 [21–47] сек, во второй группе — 23 [17–32,5] сек, в КГ — 49,5±11,1 сек ($p_1\text{-КГ}<0,001$, $p_2\text{-КГ}<0,001$, $p_1\text{-}2=0,156$). Показатель пробы Генчи в первой группе — 17 [9–21,5] сек, во второй группе — 11 [9–15,5] сек, в КГ — 20,1±3,97 сек ($p_1\text{-КГ}=0,006$, $p_2\text{-КГ}<0,001$, $p_1\text{-}2=0,047$). По данным ВЭМ, показатели МПК в первой группе составили 1,63±0,54 л/мин, во второй группе — 1,3 [0,92–1,38] л/мин, в КГ — 1,77±0,39 л/мин ($p_1\text{-КГ}=0,308$, $p_2\text{-КГ}=0,002$, $p_1\text{-}2=0,015$). Показатели PWC были следующими: в первой группе — 486±158 кгм/мин, во второй группе — 371 [283–422] кгм/мин, в КГ — 523±121 кгм/мин ($p_1\text{-КГ}=0,339$, $p_2\text{-КГ}=0,002$, $p_1\text{-}2=0,026$). Были получены обратные корреляционные связи средней силы между возрастом операции с показателями МПК ($\rho=-0,362$, $p=0,014$) и PWC ($\rho=-0,332$, $p=0,024$). У детей, оперированных по поводу ДМЖП, снижены адаптационные возможности сердечно-сосудистой и дыхательной систем на вдохе и выдохе в сравнении со здоровыми сверстниками. Кроме этого у детей, оперированных позже 2-летнего возраста, снижена толерантность к физическим нагрузкам. Дети с ДМЖП вне зависимости от срока его коррекции нуждаются в проведении медицинской реабилитации, направленной на улучшение функции сердечно-сосудистой системы.

Литература

1. Hoffman J.I., Kaplan S. The incidence of congenital heart disease // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2002. — Vol. 39. — P. 1890–1900.
2. Hoffman J.I., Kaplan S., Liberthson R.R. Prevalence of congenital heart disease // *Am. Heart. J.* — 2004. — Vol. 147. — P. 425–439.
3. Anderson B.R., Stevens K.N. et al. Contemporary outcomes of surgical ventricular septal defect closure // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 2013. — Vol. 145 (3). — P. 641–647.

Организация здравоохранения

ПРОБЛЕМЫ ДОАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В РФ

Гриценко И.А., канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии ИИМФО;

Ткаченко Л.В., докт. мед. наук, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ИИМФО;

Тихаева К.Ю., канд. мед. наук, доц. кафедры патофизиологии, клинической патофизиологии;

Гаврилова И.С., канд. филос. наук, доц. кафедры медико-социальных технологий с курсом педагогики и образовательных технологий ДПО;

Долгова В.А.;

Савостова Е.А.;

Романченко А.С.

Волгоградский государственный медицинский университет.

E-mail: doller2000@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (961) 698 6619.

Проведён обзор нормативной базы, касающейся порядка проведения доабортного консультирования. Проведена оценка эффективности существующего алгоритма и обозначены перспективы дальнейших исследований, направленных на изучение и повышение эффективности доабортного консультирования.

A review of the regulatory framework regarding the procedure for conducting pre-abortion counseling was carried out. The effectiveness of the existing algorithm was assessed and the prospects for further research aimed at studying and improving the effectiveness of pre-abortion counseling were outlined.

Реализация комплекса мер по дальнейшему снижению числа преждевременного прерывания беременности является одной из задач Концепции демографической политики РФ на период до 2025 г. Согласно данным Росстата за 2018 г., прерывание беременности было проведено 661 тыс. раз, из них 43,4 тыс. — аборты у первобеременных^{1,2}. Основными факторами, побуждающими к отказу от пролонгирования беременности, считаются отрицательное отношение женщины к беременности, неодобрение родственников, долговые обязательства — именно психологические установки, а не финансовые затруднения оказываются решающими^{3–5}. С целью помощи женщине в ситуации сложного выбора проводится доабортное консультирование.

Цель исследования — провести литературный обзор статей, посвящённых методологии доабортного консультирования.

Проведён анализ существующих правил доабортного консультирования, результатов и эффективности данной процедуры в Российской Федерации.

В соответствии со статьей 56 ФЗ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина вправе сама принять решение о прерывании или сохранении беременности. Также после первого обращения женщины в медицинскую организацию предусмотрена так называемая «неделя тишины», в ходе которой возможно проведение доабортного консультирования. Согласно Приказу Минздрава РФ №572н от 1 ноября 2012 г., после первичного

обращения женщины для искусственного прерывания беременности по её желанию или по социальному показанию врач акушер-гинеколог направляет беременную на консультирование к психологу. Цель консультирования — определить психологическое состояние женщины, помочь принять осознанное решение, не выходя за границы профессиональной этики⁶. При этом запрещается настаивать на сохранении беременности. С женщиной проводится беседа, в ходе которой специалист информирует о возможном влиянии аборта на психологическое и физическое здоровье. Следует отметить, что доабортное консультирование активно проводится в большинстве регионов РФ. Эффективность его влияния на решение о пролонгировании беременности низкая и составляет 16–17% от общего количества обращений с целью проведения искусственного аборта^{4,7}.

Проведённое аналитическое исследование позволило сформулировать цель экспериментальной части проекта. Представляется возможным провести опрос о качестве проведённого доабортного консультирования среди женщин, сохранивших и прервавших беременность, изучить полученные результаты с целью модифицирования существующего алгоритма.

Работа выполнена при финансовой поддержке внутренних грантов ФГБОУ ВО ВолГМУ.

Литература

1. *Здравоохранение в России. 2019: Стат. сб.* — М., 2019. — С. 56–58.
2. Ратманов М.А. и др. Проблема репродуктивного выбора: стратегические направления в условиях демографической ситуации и системный подход к профилактике медицинских абортов // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* — 2020. — Т. 19. — №3. — С. 124–132.
3. Иванова А.Д., Сульдин А.М. Социальный портрет женщины, пришедшей на аборт. Эффективность доабортного консультирования // *Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации.* — 2018. — С. 262–262.
4. Прохоренко Н.Ф. Демографический потенциал: дополнительные аспекты // *ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ.* — 2019. — №2 (16).
5. Пучкова Ю.М. Исследование факторов, детерминирующих репродуктивный выбор женщины // *Социальная динамика населения и устойчивое развитие.* — 2019. — С. 102–105.
6. Информационно-методическое письмо Минздрава РФ №15-4/10/2-4792 от 17 июля 2017 г. «Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности».
7. Ковалёва М.И. Анализ развития доабортного консультирования на территории г. Воронежа за последние три года // *Молодой учёный.* — 2017. — №4 (138). — С. 335–337.



Интеллектуальная элита репродуктивной медицины

 mars-repro.ru



 info@mars-repro.ru

 spnavigator.ru

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЦИКЛА НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ «НЕОНАТАЛЬНАЯ КАРДИОЛОГИЯ» В ТЮМЕНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

*Жаркова И.Ю., ассистент кафедры;
Петрушина А.Д., проф., докт. мед. наук, зав.
кафедрой;*

Ушакова С.А., докт. мед. наук, проф. кафедры.
Тюменский государственный медицинский университет,
Институт непрерывного профессионального развития,
кафедра педиатрии.
E-mail: Drzharkova@yandex.ru.

Непрерывное медицинское образование (НМО) является неотъемлемой частью профессионального обучения любого медицинского специалиста в Российской Федерации. Исходя из потребностей регионального педиатрического здравоохранения и запросов врачей, на кафедре педиатрии Института непрерывного профессионального развития Тюменского государственного медицинского университета оперативно разрабатываются 36-часовые циклы по наиболее актуальным направлениям. В данной статье представлен опыт внедрения междисциплинарного цикла «Неонатальная кардиология» для врачей педиатров, неонатологов и детских кардиологов города Тюмени и Тюменской области.

Ключевые слова: новорождённый, кардиология, обучение, критические врождённые пороки сердца, врач-неонатолог.

Continuing medical education (CME) is an integral part of the professional training of any medical specialist in the Russian Federation. Based on the needs of regional pediatric health care and the requests of doctors, the Department of Pediatrics of the Institute of NPR of the Tyumen State Medical University promptly develops 36-hour cycles in the most relevant areas. This article presents the experience of implementing the interdisciplinary cycle "Neonatal cardiology" for pediatricians, neonatologists and pediatric cardiologists Tyumen and the Tyumen region.

Keywords: newborn, cardiology, education, critical congenital heart defects, neonatologist.

По данным анонимного анкетирования врачей, прошедших обучение на цикле «Неонатальная кардиология», более половины специалистов признались в исходной недостаточной осведомлённости в вопросах кардиологической патологии новорождённого ребёнка¹⁻³. При этом, по данным медицинской статистики по России, смертность от врождённых пороков сердца (ВПС) на

первом году жизни занимает первое место среди всех аномалий развития, а до 25% критических ВПС так и остаются недиагностированными на этапе родильного дома. Дети с пропущенным диагнозом критического ВПС имеют больше осложнений, чем пациенты, у которых диагноз установлен своевременно. Это является обоснованием необходимости внедрения цикла «Неонатальная кардиология» в учебный процесс последипломного образования врачей в рамках НМО. Оптимизация оказания помощи новорождённым детям в Тюмени напрямую влияет на снижение младенческой смертности в регионе.

Цель данной работы — представить анализ опыта проведения цикла «Неонатальная кардиология» в рамках НМО на базе Тюменского государственного медицинского университета для врачей-специалистов, занимающихся оказанием помощи новорождённым детям.

В рамках цикла НМО «Неонатальная кардиология» в период 2016–2020 гг. на базе кафедры педиатрии Института непрерывного профессионального развития Тюменского государственного университета прошли обучение 88 специалистов. Цикл организован таким образом, что все врачи-курсанты проходят теоретическую и практическую части, а также симуляционное обучение на высокореалистичных манекенах новорождённых с отработкой практических навыков. Теоретическая часть цикла размещена на электронно-образовательной платформе университета, на которую врач заходит в любое удобное для него время, изучая предложенные образовательные материалы, слушая вебинары, посещая онлайн-лекции. Практическая часть представлена разбором клинических случаев и осмотрами пациентов в отделении кардиохирургии областной больницы III уровня. Основное внимание уделено анализу диагностических и лечебных ошибок и отработке тактики и принятия диагностических решений врачами неонатологами/педиатрами. Очень часто при докладе врачи представляют уже имеющийся анамнез, что способствует более детальному анализу при разборе вопросов оказания помощи в первые дни жизни новорождённого ребёнка.

В симуляционном центре врачи-специалисты отрабатывают навыки неотложной помощи в заранее смоделированных ситуациях на манекене новорождённого ребёнка. Нами разработаны клинические ситуации с различными нарушениями ритма сердца, асистолией, подозрением на ВПС и др. Очень важно отработать навыки осмотра сердечно-сосудистой системы новорождённого пациента, которые нередко позволяют заподозрить клиническое неблагополучие в реальной практической работе. Особое внимание уделяем определению симметричности и удовлетворительной пульсации на бедренных и лучевых артериях, технике проведения двухзонной пульсоксиметрии, правильности измерения артериального давления с индивидуальным подбором размера манжеты и учётом гестационного возраста при оценке полученных данных. Все врачи-курсанты при анкетировании указывают на необходимость симуляционного обучения по причине возможной неоднократной отработки лечебно-диагностических алгоритмов, что позволяет быть увереннее в ситуациях «наедине» с реальными пациентами и не допускать ошибок при оказании медицинской помощи.

Вывод. Внедрение в рамках непрерывного медицинского образования междисциплинарного цикла позволяет

совершенствовать и поддерживать на должном уровне профессиональные компетенции детских врачей-специалистов по вопросам оказания своевременной и качественной медицинской помощи новорожденным с кардиологическими патологиями. Одним из важных результатов обучения врачей на данном цикле является внедрение во всех родовспомогательных учреждениях Тюменской области скринингового теста с двухзонной пульсоксиметрией, что позволяет своевременно диагностировать, обследовать и транспортировать ребёнка на подозрении на критический ВПС. Это позитивно отражается на дальнейшем снижении региональных показателей младенческой смертности от врождённых аномалий системы кровообращения.

Литература

1. Участковые врачи-педиатры Тюменской области положительно оценили систему непрерывного медицинского образования [Электронный ресурс] / Петрушина [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2016. — №4. — С. 136–136.
2. Халидуллина О.Ю., Петрушина А.Д., Ушакова С.А. и др. Опыт обучения врачей раннему выявлению критических врождённых пороков сердца у новорождённых на высокореалистичном манекене NENA SIM с использованием различных клинических сценариев // Виртуальные технологии в медицине. — 2020. — №3 (25). — С. 29–30.
3. Халидуллина О.Ю., Петрушина А.Д., Ушакова С.А. и др. Симуляционное обучение в непрерывном медицинском образовании врачей-педиатров // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2020. — №4 (65). — С. 201–202.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПОСЛЕ ОБУЧЕНИЯ НА ЦИКЛЕ «НЕОНАТАЛЬНАЯ КАРДИОЛОГИЯ» В РАМКАХ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Жаркова И.Ю., ассистент кафедры;

Косинова С.Р., ассистент кафедры;

Халидуллина О.Ю., канд. мед. наук, доц. кафедры.

Тюменский государственный медицинский университет,
Институт непрерывного профессионального развития,
кафедра педиатрии.

E-mail: Drzharkova@yandex.ru.

Представлен анализ данных анонимного анкетирования врачей педиатрической службы, показывающий, насколько актуальным для врача педиатра, неонатолога и детского кардиолога является обучение на междисциплинарном цикле, посвящённом формированию компетенций при

оказании помощи новорождённым детям с сердечно-сосудистыми патологиями. Врачи отмечают важность рассматриваемых вопросов, главным образом по причине самооценки недостаточного уровня знаний, умений и навыков в области неонатальной кардиологии.

Ключевые слова: врач-неонатолог, врач-педиатр, кардиология, обучение, новорождённые.

The article presents an analysis of the data of an anonymous survey of pediatricians, showing how relevant it is for a pediatrician, neonatologist and pediatric cardiologist to study on an interdisciplinary cycle dedicated to the formation of competencies in providing care to newborn children with cardiovascular pathology. Doctors note the importance of the issues under consideration, mainly due to self-assessment of the insufficient level of knowledge, skills and abilities in the field of neonatal cardiology.

Keywords: neonatologist, pediatrician, cardiology, education, newborns.

Современный врач ввиду высоких требований в любой медицинской специальности должен учиться на протяжении всей жизни. Кафедра педиатрии Института непрерывного профессионального развития Тюменского государственного медицинского университета, занимаясь в течение длительного времени обучением детских специалистов города Тюмени, Тюменской области и соседних регионов, всегда заинтересована в обратной связи с целью выявления реальных потребностей врачей в области обучения и совершенствования своих профессиональных компетенций^{1,2}. Анкетирование врачей, проводимое в конце любого цикла в рамках обучения на кафедре, является хорошей практикой и позволяет оценить потребности современных специалистов.

Целью данной работы явился анализ анонимного анкетирования врачей неонатологов, педиатров и детских кардиологов, прошедших обучение на цикле «Неонатальная кардиология» в рамках непрерывного медицинского образования (НМО).

С 2016 г. на кафедре педиатрии Института непрерывного профессионального развития Тюменского государственного медицинского университета в рамках НМО разработана и внедрена образовательная программа цикла «Неонатальная кардиология» (36 ч)^{2,3}. За прошедший период обучено 88 врачей-специалистов, из них 58% — неонатологии, 27% — педиатры, 15% — детские кардиологи. Опросник, предлагаемый врачам по окончании цикла, включал в себя пять вопросов, направленных на выявление потребности обучения в области перинатальной кардиологии. Анкетирование охватило 100% специалистов. Результаты анкетирования показали, что для всех врачей-специалистов данный цикл является актуальным и востребованным. Причины указывались самые разнообразные: недостаточный уровень знаний в данной области, «боязнь» встречи с новорождённым пациентом с сердечно-сосудистой патологией, отсутствие чёткого алгоритма действий «в голове» и лечебно-диагностической тактики при подозрении на врождённый порок сердца и другие. Более 75% специалистов перед циклом отметили желание более углублённого изучения в области диагностики и ведения новорождённого с сердечно-сосудистой патологией. Кроме того, 79% специалистов уточнили, что после прохождения данного цикла провели внедрение

инновационных методик в свою практическую деятельность, в том числе выполнение двузонной пульсоксиметрии, что облегчало диагностический поиск и позволило чётко выстроить план обследования новорождённого. Врачи-педиатры акцентировали внимание на важности рассмотрения тактики при систолическом шуме, отмеченном при осмотре новорождённого. 53% обучающихся отметили актуальность практического разбора семиотики сердечно-сосудистой системы новорождённого, где было акцентировано внимание на важности пошагового клинического осмотра новорождённого с определением пульсации на бедренной и лучевой артериях в рутинном порядке, правильности измерения АД и др. 25% опрошенных врачей признались в отсутствии настороженности к кардиологической патологии у новорождённого после выписки из родильного дома до прохождения цикла обучения, а 67% респондентов не всегда осуществляли полный «пропедевтический» осмотр своего маленького пациента.

Учитывая полученные данные, в рамках цикла внедрён интерактивный семинар на базе симуляционного цикла, дающий возможность каждому слушателю оказаться в смоделированной практической ситуации и отработать свои практические навыки и умения. Это является несомненным положительным практическим опытом, который позволяет в дальнейшем избежать ошибок при работе с реальными пациентами.

Заключение. По результатам анкетирования врачей педиатрической службы мы получили положительный отзыв и большую востребованность в проведении цикла НМО «Неонатальная кардиология», разработанного и внедрённого на кафедре педиатрии Института непрерывного профессионального развития в Тюменском государственном медицинском университете.

Литература

1. Участковые врачи-педиатры Тюменской области положительно оценили систему непрерывного медицинского образования [Электронный ресурс] / Петрушина [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2016. — №4. — С. 136–136.
2. Халидуллина О.Ю., Петрушина А.Д., Ушакова С.А. и др. Опыт обучения врачей раннему выявлению критических врождённых пороков сердца у новорождённых на высокореалистичном манекене NENA SIM с использованием различных клинических сценариев // Виртуальные технологии в медицине. — 2020. — №3 (25). — С. 29–30.
3. Халидуллина О.Ю., Петрушина А.Д., Ушакова С.А. и др. Симуляционное обучение в непрерывном медицинском образовании врачей-педиатров // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2020. — №4 (65). — С. 201–202.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ МЁРТВЫХ МЛАДЕНЦЕВ

Кастор М.В., ординатор кафедры акушерства
и гинекологии.

Руководитель: **Волков В.Г.**, докт. мед. наук, проф.

Тулский государственный университет, Медицинский институт.

E-mail: wargo8@mail.ru;
моб. тел.: +7 (960) 608 8881.

Ретроспективный анализ 122 случаев мертворождения из стационаров III уровня позволил выявить значимые различия в медико-социальных факторах в зависимости от срока гибели плода. При этом вне зависимости от срока родоразрешения у каждой второй беременной была отмечена плацентарная недостаточность и у каждой третьей — задержка роста плода.

Ключевые слова: антенатальная гибель плода, факторы риска мертворождения, осложнённый акушерско-гинекологический анамнез, плацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода.

The retrospective analysis of 122 stillbirths from high level obstetrics hospitals shows a significant differences in medical and social risk factors depending on term of fetal death. The every second pregnant had placental insufficiency and every third one had fetal growth restriction without reference to the term of delivery.

Keywords: antenatal fetal death; stillbirth risk factors; complicated obstetric and gynecological anamnesis; placental insufficiency; fetal growth restriction.

Актуальность. В 2015–2019 гг. в РФ с 7,27 до 5,68% снизилось количество мертворождений (МР) и при этом увеличилась доля случаев антенатальной гибели плода (в 2019 г. — 93% всех МР плодов с весом более 1000 г). Увеличилась доля недоношенных плодов при МР (в РФ — 69%, в Тульской области — 76%). Решение проблемы снижения мертворождаемости связано с выявлением факторов риска и разработкой адекватных программ их мониторинга и коррекции.

Цель исследования — установить медико-социальные факторы риска МР в зависимости от срока родоразрешения.

Материалы и методы. В исследование включено 122 случая антенатальной гибели плода, произошедших в акушерских стационарах III уровня в 2016–2019 гг. Для сравнения были выделены три группы женщин: 1) очень раннее МР (на сроке 23–27 нед гестации, n=36); 2) раннее МР (28–34 нед, n=44); 3) позднее МР (35–39 нед, n=42). С помощью критерия «хи-квадрат» определены статистически значимые различия между ними (p<0,05).

Результаты. При антенатальной гибели плода на сроке 23–27 нед (1-я группа) все женщины были старше 28 лет; наблюдались в женской консультации с 12 нед беременности или ранее 94%; имели низкую массу тела с ИМТ<22 более 17%; аборт/выкидыш в анамнезе на сроке до 8 нед отмечен у 44%; обнаружены ИППП у 65%, в том числе у 22% — микоплазмы; почти у половины (47%) были воспалительные заболевания матки и придатков.

Во 2-й группе (28–34 нед) установлено, что в этой группе более трети женщин (36%) не состояли на учёте в женской консультации или имела место поздняя постановка на учёт после 20 нед; отмечен высокий процент (64%) не состоявших в браке и проживающих в сельской местности (41%).

В 3-й группе (35–39 нед) более половины пациенток (52%) были моложе 28 лет; значительное количество женщин (43%) не наблюдались или поздно встали на учёт в женской консультации; преобладали женщины с избыточным весом (74%); у каждой пятой (19%) имели место заболевания щитовидной железы; у 64% выявлены ИППП, в том числе у 14% — трихомонады.

Если рассматривать все исследованные нами случаи МР, то у каждой второй женщины (50%) при ведении беременности была выявлена плацентарная недостаточность, у каждой третьей (33%) отмечен синдром задержки роста плода.

Заключение. Таким образом, в исследованной выборке у родильниц в зависимости от срока гибели плода выявлены значимые различия медико-социальных факторов риска МР. Актуальной задачей является создание предиктивных комплексных моделей, учитывающих взаимосвязи социально-бытового статуса, анамнестических факторов риска, результатов ультразвуковых и биохимических методов исследования.

Литература

1. Волков В.Г., Кастор М.В. Современные взгляды на проблему классификации и определения причин мертворождения // *Российский вестник акушера-гинеколога*. — 2020. — №20 (3). — С. 29–34.
2. Дегтярева Е.А., Захарова О.А., Радзинский В.Е. и др. Эффективность прогнозирования и ранней диагностики задержки роста плода // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. — 2018. — №63 (6). — С. 37–45.
3. Доброхотова Ю.Э., Джохадзе Л.С., Кузнецов П.А. и др. Плацентарная недостаточность // *Современный взгляд*. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 64 с.
4. Иванов Д.О., Радзинский В.Е., Петренко Ю.В. и др. Недоадекватный ресурс. Междисциплинарный обзор проблемы перинатальной смертности доношенных детей // *StatusPraesens. Педиатрия и неонатология*. — 2018. — №2 (48). — С. 18–24.
5. Основные показатели здоровья матери и ребёнка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации: Статистические справочники. — М.: Минздрав РФ, 2015–2019.

АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ: КАК УВЕЛИЧИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И УМЕНЬШИТЬ ЕГО СТОИМОСТЬ

Курлеева Т.Ю., засл. врач РФ, канд. мед. наук,
главный внештатный акушер-гинеколог Минздрава
Приморского края, главный врач;

Козан О.В., врач-эпидемиолог;

Пилушица Д.В., зам. главного врача по клинико-
экспертной работе.

Приморский краевой перинатальный центр
(г. Владивосток).

E-mail: pc@perinatalvl.ru, тел.: +7 (423) 2276379.

1. **Перечень препаратов в алгоритмах антимикробной терапии и профилактики меняется ежеквартально по результатам микробиологического мониторинга.**
2. **При кесаревом сечении и преждевременных родах проводят микробиологическое исследование плодовой части плаценты. Результаты используют для коррекции антимикробной терапии рожениц и выбора антимикробных препаратов в отделении детской реанимации.**
3. **Антимикробные препараты назначают, исходя из выявленного или предполагаемого возбудителя, а не диагноза.**
4. **Руководство контролирует, чтобы врачи соблюдали последовательность при назначении препаратов (сначала базовый препарат, затем базовый альтернативный, резервный первой линии и т.д.). Врач обосновывает назначение в истории болезни.**
5. **Пероральный путь введения антибиотиков уменьшает стоимость лечения, сокращает сроки пребывания в стационаре. Пациентов переводят на таблетки через 2–3 дня после начала терапии.**

1. *The list of drugs used for antimicrobial therapy and prophylaxis changes quarterly according to the results of microbiological monitoring.*
2. *A microbiological examination of the placenta is performed in case of cesarean section and premature birth. The results are used to correct antimicrobial therapy for mother and for neonate in the NICU.*
3. *Antimicrobial drugs are prescribed based on the identified or suspected pathogen, not the diagnosis.*
4. *Chief of department monitor that doctors follow the sequence in drugs prescribing. The doctor justifies the prescriptions in the medical history.*
5. *The oral route of antibiotics administration reduces the cost of treatment and shortens the length of hospital stay. Oral antibiotics are given 2–3 days after the initial treatment starts.*

С 2019 г. Приморский краевой перинатальный центр во Владивостоке (далее — перинатальный центр) внедряет систему внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Эпидемиологическая безопасность — одно из направлений системы. Важный элемент эпидемиологической безопасности — стратегия использования антимикробных препаратов.

Микробиологический мониторинг — анализ циркулирующих в медицинской организации штаммов микроорганизмов и их устойчивости к антибиотикам. Чтобы антимикробная терапия была эффективной и безопасной, нужно учитывать результаты микробиологических исследований пациентов и микробиологического мониторинга.

В перинатальном центре программу микробиологического мониторинга разработали и внедрили с момента открытия лечебного учреждения — в 2014 г. Определили цели, задачи, показания к проведению микробиологических исследований, назначили ответственных лиц на каждом этапе работы, разработали СОПы и алгоритмы. В 2019 г. программу модернизировали.

На начальном этапе данные вводили в компьютер в таблицы Excel в ручном режиме, что не позволяло оперативно анализировать собранный материал, одновременно

работать с большим потоком информации. Чтобы автоматизировать регистрацию и учёт и проводить всесторонний анализ, в мае 2019 г. в учреждении установили программный продукт отечественного производства.

Программа сетевая, она рассчитана на любое количество рабочих мест в лаборатории и интегрирована в общую сеть подразделений перинатального центра. Программа группирует полученные показатели в статистический и эпидемиологический отчёты за заданный период времени — как по всему учреждению, так и по конкретному отделению.

Статистический отчёт включает сведения о количестве выполненных анализов и обследованных пациентов, исследованных биоматериалах, положительных высевах, выделенных микроорганизмах, монокультурах, ассоциациях.

Эпидемиологический раздел программы предназначен для мониторинга микрофлоры, вызывающей воспалительные заболевания и осложнения, для контроля за уровнем резистентности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам, выявления потенциально нозокомиальных штаммов с использованием для их поиска признака полирезистентности.

Микробиологический мониторинг на базе программы обеспечил:

- врачам-бактериологам — базу данных идентифицированных микроорганизмов, выдачу результатов анализов, составление отчётов;
- врачам-эпидемиологам — сведения о смене микрофлоры, наличии госпитальных штаммов для своевременных противоэпидемических мероприятий и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- врачам-клиницистам и клиническим фармакологам — сведения о ведущей микрофлоре в отделениях при конкретных диагнозах, данные по антибиотикорезистентности, что позволяет до получения антибиотикограмм назначать эмпирическую антибактериальную терапию и разрабатывать алгоритмы рациональной антибиотикотерапии конкретных нозологических групп заболеваний для каждого отделения.

Антимикробную терапию в перинатальном центре начали оптимизировать в 2018 г. — с внедрением системы управления качеством по практическим рекомендациям Росздравнадзора. До этого в организации был однотипный алгоритм антибиотикотерапии на все клинические ситуации. Операционным пациентам назначалась антимикробная терапия на 5–7 дней цефалоспорином III поколения, часто в комбинации с метронидазолом. Антибиотикопрофилактики не было.

У врачей не было базовых знаний в области антимикробной терапии. Оперировавший врач стремился обеспечить гладкое течение послеоперационного периода назначением антибиотиков широкого спектра в режиме терапии. В 2016–2017 гг. стали появляться тяжёлые формы послеродовых метрэндомиетритов, потребовавших назначения меропенема, ванкомицина или перевода в септическое отделение городской больницы.

С внедрением системы внутреннего контроля разработали алгоритмы по антимикробной терапии и профилактике с детализацией по отдельным клиническим ситуациям в каждом профильном подразделении. Разработали СОПы и алгоритмы по правилам забора,

регистрации, транспортировки и приёма материала — они повысили качество преаналитического этапа в работе бактериологической лаборатории.

Персонал стал проходить систематическое обучение по антимикробной терапии. На начальном этапе в подборе препаратов для антимикробной терапии и профилактики участвовал клинический фармаколог. В настоящее время клинический фармаколог консультирует только пациентов с поливалентной аллергией и тяжёлых реанимационных больных.

С открытием в июне 2019 г. ПЦР-лаборатории расширились возможности диагностики внутриутробных инфекций. В перинатальный центр поступают пациентки с преждевременными родами и беременные высокого акушерского риска со всего Приморского края. В связи со сложностями течения беременности пациенткам часто показано кесарево сечение. Процент оперативного родоразрешения в учреждении достигает 40%. Частая причина преждевременных родов, преждевременного отхождения околоплодных вод — инфекционный фактор. Соответственно, состояние недоношенного ребёнка определяется в том числе фактором внутриутробного инфицирования. С 2019 г. материал для исследования берётся с плодовой части плаценты в 100% случаев абдоминального родоразрешения и преждевременных родов через естественные родовые пути. Результаты исследований используют не только для коррекции антимикробной терапии у родоразрешённых женщин, на них ориентируются при выборе антимикробных препаратов в отделении детской реанимации.

Круглосуточная бактериологическая лаборатория, ПЦР-диагностика, систематический микробиологический мониторинг позволили кардинально изменить стратегию антимикробной терапии и профилактики в учреждении.

Результаты изменений: с 2018 г. затраты на антибиотики снизились в 1,7 раза — за счёт снижения расхода антибактериальных препаратов в целом и дорогостоящих антибиотиков резерва. Средняя продолжительность пребывания пациентов на акушерской койке снизилась на 18% (с 5 до 4,1 дня). Снизилось количество гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде.

Проблему инфекций в области хирургического вмешательства невозможно решить одной мерой. Среди всего комплекса противоэпидемических мероприятий ключевую роль играет стратегия антимикробной терапии и профилактики. Но не менее важно соблюдать методику мытья рук, разработать алгоритмы, обучать персонал, проводить контрольные мероприятия.

Специфический характер антимикробной терапии и профилактики, базирующийся на результатах микробиологического исследования конкретных пациентов и анализе микрофлоры медицинской организации, позволяет уменьшить объём назначаемых антибактериальных препаратов, препятствует формированию резистентных штаммов микроорганизмов, приводит к уменьшению количества инфекционных осложнений послеродового периода, длительности пребывания пациентов в стационаре, имеет экономический эффект в виде снижения затрат на приобретение антибиотиков.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

*Ледяйкина Л.В., докт. мед. наук, проф. кафедры
педиатрии¹;*

Шёкин О.А., зам. главного врача²;

Чиркова О.А., врач².

*Руководитель: Солдатов О.М., канд. мед. наук,
главный врач².*

¹Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва.

²детская республиканская клиническая больница
(г. Саранск, Республика Мордовия).

E-mail: ledlv@list.ru; моб. тел.: +7 (927) 641 2271.

Паллиативная помощь — это комплексная поддержка неизлечимо больного пациента и его семьи, которая включает физический, эмоциональный, социальный и духовный компоненты. В ходе исследования были проанализированы 72 медицинские карты (форма 003/у) больных, нуждающихся в паллиативной помощи, за 2018–2019 гг. В 2018 г. под наблюдением находились 64 ребёнка, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, в 2019 г. количество детей, нуждающихся в паллиативной помощи, возросло до 72, около 70% из них — с перинатальными поражениями ЦНС.

Palliative care is a comprehensive support for the terminally ill patient and his or her family, which includes physical, emotional, social and spiritual components. In the course of the study, 72 medical records (form 003/y) of patients in need of palliative care were analyzed for 2018–2019. In 2018, 64 children in need of palliative care were monitored, in 2019, children in need of palliative care increased to 72 children, about 70% of them are children with perinatal lesions of the central nervous system.

В настоящее время в организации паллиативной помощи есть огромная актуальность для общества и семей, это активный и полный уход за телом, разумом и состоянием духа ребёнка, а также поддержка семьи. Паллиативная помощь начинается с момента диагностирования болезни и продолжается, несмотря на то, получает ли ребёнок лечение, направленное против болезни, или нет. Необходимо отметить, что осуществляется тесное взаимодействие с российским благотворительным фондом «Милосердие и здоровье», оформлен президентский грант «Распахни окно в будущее» по организации дистанционных технологий поддержки детей с ограниченными возможностями в период пандемии COVID-19.

За 2018–2019 гг. в Республике Мордовия выявлено 72 ребёнка с различной патологией, нуждающихся в паллиативной помощи, в 70% случаев наблюдаются перинатальные поражения ЦНС, у 48% детей выявляются грубая задержка психоречевого развития. В структуре осложнений данной патологии отмечаются: симптоматическая эпилепсия — 41%, олигофрения различной степени — 40%, существенную роль играют детский церебральный паралич — 33% детей и спастический тетрапарез — 31% пациентов. Также в структуре заболеваемости детей, получающих паллиативную помощь, присутствуют

врождённые пороки сердца (ВПС) — 29%, атрофия зрительных нервов — 26%; такие заболевания, как спинальная амиотрофия Верднига–Гоффмана, острый лимфобластный лейкоз, ВИЧ-инфекция, синдром Веста, врождённый буллёзный эпидермолиз, болезнь Сандхоффа, болезнь Галлервордена–Шпатца, спинальная амиотрофия Кугельберга–Веландер, диффузная опухоль ствола головного мозга, дистрофия Дюшенна, голопрозрачные цефалии, которые выявлены в 1% случаев.

Паллиативная медицинская помощь детскому населению Республики Мордовия оказывается в соответствии с основными нормативно-правовыми актами. В настоящее время реализуется региональная программа «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи в Республике Мордовия». Стационарная паллиативная специализированная медицинская помощь детям в возрасте 0–17 лет включительно оказывается в детской республиканской клинической больнице на пяти паллиативных койках, детям 0–4 лет — на пяти паллиативных койках Большеберезниковского дома ребёнка. Амбулаторная паллиативная специализированная медицинская помощь детям оказывается отделением выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям. Под их наблюдением находится 70 детей, из них жители г. Саранска — 20 человек (29%), жители районов РМ — 50 человек (71%). Шесть детей получают респираторную поддержку, один ребёнок — обезболивание опиоидным анальгетиком. В состав бригады входят заведующий выездной службой, врач-педиатр, врач детский онколог, медицинский психолог, врач анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра.

При исследовании антенатального периода детей с перинатальными поражениями ЦНС, получающих паллиативную помощь, уделялось внимание факторам, определяющим репродуктивное (количество предшествующих беременностей, осложнённый акушерско-гинекологический анамнез) и соматическое (хронический пиелонефрит, соматоформная дисфункция ВНС во время беременности) здоровье матери; влияющим на плод во время беременности и родов (преэклампсия, анемия беременной, плацентарные нарушения, угроза прерывания беременности); и наконец, факторам, возникающим со стороны плода (недоношенность, многоплодие, ВУИ). Таким образом, за 2018–2019 гг. выявлены основные причины развития перинатальных поражений ЦНС — у 50% детей с перинатальными поражениями ЦНС отмечены хронические соматические заболевания у матери (хронический пиелонефрит, сахарный диабет, артериальная гипертензия), также ОАА (выкидыши на поздних сроках, мертворождения), наличие острых инфекционных заболеваний или хронических очагов инфекции во время беременности. Также осложнения во время беременности — в 24% случаев присутствовало нарушение маточно-плацентарного кровотока, преэклампсия. В 30% случаев патологии в родах — слабая родовая деятельность, ускоренные роды.

При проведении факторного анализа выявлено, что наиболее значимыми факторами в развитии тяжёлых перинатальных поражений ЦНС явились преэклампсия, анемия. У 70% детей с перинатальными поражениями ЦНС оценка по Апгар на 1-й минуте была равна 3 баллам, тогда как на 5-й минуте состояние стабилизируется только после проведения реанимационных мероприятий, оценка достигает не более 5 баллов. У 30% детей через несколько

часов после проведения реанимационных мероприятий наблюдались судороги тонического характера. У 30% детей оценка по Апгар на 1-й минуте была не более 1 балла, на 5-й минуте — не более 2 баллов.

Таким образом, паллиативная медицинская помощь детскому населению Республики Мордовия оказывается в полном объёме, в структуре заболеваемости детей, получающих паллиативную помощь в Республике Мордовия, на 1-м месте перинатальные поражения ЦНС. Наиболее значимыми факторами риска в развитии тяжёлых перинатальных поражений ЦНС явились пиелонефрит, сахарный диабет, артериальная гипертензия, преэклампсия, анемия во время беременности.

Литература

1. Стойчева М.Г. Паллиативный уход: современный взгляд на новое общественное здравоохранение // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2019. — №6. — С. 45–48.
2. Паллиативная помощь детям — комплексный подход. Организационная модель мобильной службы паллиативной помощи детям. — М.: Р. Валент, 2014. — 128 с.
3. Новиков Г.А. Стандарты паллиативной помощи: обзор европейских рекомендаций // Паллиативная помощь и реабилитация. — 2010. — №4. — С. 6–10.
4. Липтуга М.Е., Поляков И.В., Зеленская Т.М. Паллиативная помощь. Краткое руководство. — СПб.: ГИПП «Искусство России», 2008.

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ

Онищенко Е.Ф., докт. мед. наук, доц., проф. курса экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи;

Дубовая Е.Г., канд. мед. наук, доц. курса экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи.

Северо-западный государственный университет
им. И.И. Мечникова (г. Санкт-Петербург).
E-mail: Evgeniy.Onishchenko@szgmu.ru;
моб. тел.: +7 (921) 912 6395.

В здравоохранении интенсивно развиваются информационные технологии. Вместе с несомненными достоинствами технический прогресс приносит с собой эτικο-правовые вопросы и проблемы. Авторы анализируют практические проблемы при последипломном обучении врачей.

Information technologies are intensively developing in healthcare. Along with the undoubted advantages, technological progress brings with it ethical and legal issues and problems. The authors analyze practical problems in the postgraduate training of doctors.

В здравоохранении интенсивно развиваются информационные технологии. Вместе с несомненными достоинствами технический прогресс приносит с собой эτικο-правовые вопросы и проблемы.

С целью изучения практических потребностей врачебного сообщества в правовой поддержке проводятся опросы врачей при обучении на циклах по экспертизе качества медицинской помощи Северо-Западного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

Выясняем, что тревожит наших докторов в правовом регулировании и правоприменении при реализации информационных нововведений в здравоохранении. При анкетировании 120 врачей выяснилось, что 100% опрошенных при последипломном обучении признают сведения о юридических основах своей деятельности недостаточными, считают целесообразным включать в обучение вопросы правового регулирования медицинской деятельности. При этом этические нормы 92% опрошенных считают ясными и «действовать в интересах пациента» готовы, если есть такая возможность.

68% врачей считают, что правовая информация нужна для того, чтобы защитить себя от конфликтов с пациентами — 32%, с работодателями — 30%, с проверяющими — 30%, другое — 8%. Кроме того, наши доктора отмечают следующие вопросы информатизации, требующие осмысления и более детального этического и правового регулирования.

1. Молодое поколение врачей позитивно оценивает цифровизацию медицины в широком смысле. Этот процесс уже оценивается как необратимый. Применение цифровых систем при обучении, трёхмерное моделирование анатомических структур, гистологии, биомеханики и т.д. Обучающие системы стандартизированных пациентов и моделей (включая алгоритмы действий и цифровые чек-листы). Цифровые технологии для целей первичной аккредитации в специальных центрах в вузах.

2. Аналитические системы и базы данных применяются для доврачебной самооценки состояния пациента. Врач получает информацию, основанную на жалобах и анамнестических данных, выявляемых в ходе опроса в приложении гаджета пациента (или на табло в коридоре около кабинета врача).

3. Аналитические системы для врача. Предлагают варианты дифференциального диагноза, напоминают варианты редких состояний и заболеваний, предлагают направления для уточнения диагноза. Очень полезно при условии, что окончательное решение остаётся за врачом.

4. Генетическая идентифицирующая информация признана относящейся к персональным данным. Вероятность подбора индивидуального лечения. Возможен ли сегодня индивидуальный подход в диагностике и лечении? Статистическая вероятность лечебного эффекта или действительно индивидуальный подход?

5. Цифровизация, аналитические системы и базы данных в медицинской организации как система управления качеством медицинской помощи, системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Совершенствование системы контроля-проверок или контроля-управления как возможности на практике минимизировать риск дефектов/недостатков/ошибок.

В проблематике качества медицинской помощи мы придаем значение «правильно оформленным медицинским документам» на любых носителях информации, что снижает риск конфликта или усиливает позицию врача

и его медицинской организации в ситуации юридического конфликта. Однако мировое сообщество столкнулось с понятием «защитная медицина», что означает приоритет качественного оформления документов перед реальным процессом оказания медицинской помощи. Явлением пока ещё для России редким, но крайне тревожным. Должны ли быть правдивыми российские врачи? При возникновении осложнения или дефекта, который можно скрыть или обнародовать, какой сделать выбор? Как менее вероятно оказаться в ситуации юридического конфликта или действовать в интересах пациента? Эти и другие вопросы на границе этики и права необходимо обсуждать.

Могут ли правовые знания врача или профессиональные юристы действительно защитить врача, сделать его работу более безопасной? Мы полагаем, что осознание своего правового статуса полезно в любом случае.

Вывод. Разработки новых технологий в медицине всё ускоряются, опережают своё этическое и правовое осмысление и регулирование. Для диагностики и лечения, анализа и хранения медицинской информации применяются цифровые технологии, последствия применения которых трудно или пока невозможно прогнозировать. Пути решения: мультидисциплинарный подход, поиск корректного баланса технологий, этики и права с целью минимизации вероятности рисков.

ИНСТРУМЕНТЫ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Орёл В.И., засл. деятель науки, докт. мед. наук, проф.,
зав. кафедрой;

Носырева О.М., канд. экон. наук, доц., доц. кафедры;

Гурьева Н.А., канд. мед. наук, доц. кафедры.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет, кафедра социальной
педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО.
E-mail: onosyрева@list.ru; моб. тел.: +7 (921) 956 8332.

Служба родовспоможения Санкт-Петербурга составляет сложную структуру. Это требует чёткой координации деятельности в соответствии с разработанными регламентами процессов на основе клинических рекомендаций и стандартизованными работами в виде стандартных операционных процедур (СОП) и стандартных операционных карт (СОК) на всех уровнях организации оказания медицинской помощи. Стандарты могут стать эффективным инструментом обеспечения устойчивого развития службы охраны материнства и детства.

Ключевые слова: материнство, детство, стандартизация в медицинской организации.

The obstetric service of St. Petersburg is a complex structure. This requires clear coordination of activities in accordance with the developed process regulations, based on clinical guidelines, and standardized work in the form of standard operating procedures (SOP) and standard operating charts (SOC) at all levels of the organization of medical care.

Standards can be an effective tool for ensuring sustainable development of maternal and child health services.

Keywords: motherhood, childhood, standardization in a medical organization.

Национальным проектом Российской Федерации «Здравоохранение» в качестве одной из девяти целей к 2024 г. определено снижение показателя младенческой смертности до 4,5%. Это интегрирующий показатель функционирования службы охраны материнства и детства, который отражает реализацию многоуровневых многоаспектных усилий по разным направлениям деятельности. Вот почему достижение поставленной цели возможно в результате устойчивого развития на системном уровне, что требует не только совершенствования клинических практик и индивидуальных компетенций медицинских работников, но и грамотного подхода к управлению в сфере перинатальной медицины, использованию современных инструментов совершенствования организации медицинской деятельности.

Цель исследования — показать возможность применения организационно-управленческих инструментов для обеспечения устойчивого развития службы охраны материнства и детства. Служба родовспоможения Санкт-Петербурга составляет сложную структуру и представлена 47 женскими консультациями, 19 родовспомогательными учреждениями разного уровня подчинения и форм собственности. Всего в Санкт-Петербурге 1208 акушерских коек, 894 койки патологии беременных, 272 гинекологические койки. 17 из 19 учреждений родовспоможения отнесены к родовспомогательным учреждениям II уровня и два — III уровня оказания медицинской помощи. Для оказания помощи новорождённым детям, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела, в четырёх детских городских больницах развёрнуто 344 койки патологии новорождённых и недоношенных (реабилитации) и 107 коек реанимации и интенсивной терапии для новорождённых и недоношенных детей¹. От чёткого взаимодействия указанных структур зависит целевой показатель — уровень младенческой смертности в регионе. Важна роль федеральных перинатальных центров в совершенствовании и развитии службы охраны материнства и детства, которые должны стать центром не только лечебной помощи, но и организационно-методической работы в регионе². Для того чтобы достичь устойчивого развития, необходим грамотный подход к управлению. На кафедре социальной педиатрии и организации здравоохранения СПбГПМУ в настоящее время проводится обучение управленческих кадров, специалистов перинатальных центров с целью совершенствования профессиональных компетенций организаторов здравоохранения в сфере охраны материнства и детства. В том числе в соответствии с профессиональным стандартом организатора здравоохранения идёт подготовка по вопросам стандартизации в медицинской организации. На уровне главного врача и его заместителей система стандартизации медицинской организации может быть представлена регламентами, где изложены принципы принятия решений (политика в области качества, кадровая, финансовая и др. политики), а также приказами и положениями. На уровне руководителей структурных подразделений — регламентами процессов; на уровне врачей и медицинских сестёр — СОП и СОК.

Таким образом, стандарты могут стать эффективным инструментом обеспечения устойчивого развития службы

охраны материнства и детства, а эффективность деятельности по обеспечению устойчивого развития в значительной степени зависит от качества управленческих кадров и управления на всех уровнях.

Литература

1. Орёл В.И., Ким А.В., Носырева О.М. и др. *Служба охраны матери и ребёнка Санкт-Петербурга в 2018–2019 годах: Учебно-методическое пособие.* — СПб: СПбГПМУ, 2020. — 176 с.
2. Иванов Д.О., Петренко Ю.В. *Снижение младенческой смертности и другие приоритеты педиатрического здравоохранения // StatusPraesens. Педиатрия и неонатология.* — 2020. — №2 (68). — С. 15–21.

РЕПРОДУКТИВНОЕ И СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКИХ И ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Таджиева В.Д., канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии.

Руководитель: **Трубникова Л.И.**, проф.

Ульяновский государственный университет.

E-mail: volida@inbox.ru; моб. тел.: +7 (927) 824 8596.

Современный педагог и медицинский работник характеризуются низкими показателями здоровья: высокое психоэмоциональное напряжение и необходимость постоянной работы за компьютером приводит к увеличению заболеваемости органов зрения и повышению АГ в обеих группах, заболевания позвоночника в 3 раза чаще встречаются у педагогов, а заболевания эндокринной системы — у медиков, особенно СД. У медиков чаще имеются хронические воспалительные заболевания с аллергическим компонентом.

A modern teacher and medical worker are characterized by low health indicators: high psycho-emotional stress and the need for constant work at the computer leads to an increase in the incidence of vision organs and an increase in hypertension in both groups, diseases of the spine are 3 times more common in teachers, and diseases of the endocrine system are more common in doctors, especially diabetes. Doctors often have chronic inflammatory diseases with an allergic component.

Цель исследования — провести анализ репродуктивного и соматического здоровья медицинских и педагогических работников по данным периодических осмотров. Для прохождения профилактического осмотра обратились 646 медицинских работников (врачи разных специальностей, медицинские сёстры, фельдшеры, акушерки) и 86 педагогических (учителя, воспитатели). Группы наблюдения были разделены на возрастные подгруппы: медицинских работников было до 40 лет — 101 (15,5%) и старше 40 лет — 545 (84,5%), педагогических работников — 18 (21%) до 40 лет и 68 (79%) — старше 40 лет. Среди всех обследованных здоровыми оказались лишь 12,7% педагогов и 7,5% медиков, гинекологически

здоровыми — 17% педагогов и 28,6% медиков. Обращает на себя внимание то, что в группе до 40 лет только 48,5% были здоровы, а в группе старше 40 лет — здоровых уже не было в обеих группах. Остальные имели различные заболевания: 35,1% работников по два, 17,9% — по три заболевания и более. В обеих группах преобладали две патологии: заболевания органов зрения и сердечно-сосудистой системы (ССС). Заболевания органов зрения имели 56,9% педагогов, медработники — 36,1%, заболевания ССС у педагогов — 55,8%, у медиков — 42,7%, в 90% была АГ в обеих группах. Третье место заняли заболевания позвоночника (остеохондроз): 30,2% у педагогов и 10% у медиков ($p=0,05$). Обращает на себя внимание, что заболеваний эндокринной системы было больше у медиков — 6,6%, причём 5,4% из них имели сахарный диабет (СД), среди педагогов таких заболеваний было у 4,7%, а СД — только у 1,1% ($p=0,05$). Заболеваний органов дыхания в обеих группах выявлено в одинаковом количестве — по 3,4%, но у педагогов это были хронические тонзиллиты и фарингиты, а у медиков 1,7% имели бронхиальную астму, остальные — хронический бронхит, хронический синусит. Заболеваний ЖКТ и МВС у медиков было в 3 раза больше: 6,2% заболеваний ЖКТ у медиков представлены хроническим гастритом, хроническим панкреатитом, хроническим холециститом, язвой 12-перстной кишки; у педагогов — 1,1%, в единичном случае хронический панкреатит ($p=0,05$). Анемия выявлена в 3 раза чаще у медиков (6,6 против 2,3%) ($p=0,05$). Заболевания кожи выявлены с равной частотой — 3,5% в обеих группах. Патологии репродуктивной системы: миома матки выявлена у 20,9% педагогов и у 16,5% медиков, эндометриоз — у 2,3 и 3,4% соответственно. Диффузная мастопатия — у 25,5% педагогов и у 23,8% медиков. Однако патология шейки матки почти в 2 раза чаще выявлена у медиков — 11,6%, у педагогов — 5,8%. Неполное выпадение матки и влагалища чаще диагностировано у педагогов — 16,3%, у медиков — 11,3%. Самое неблагоприятное, что у четырёх медиков был обнаружен рак матки и у одной — рак шейки матки, а у педагогов — в единичных случаях рак молочной железы и рак шейки матки (все женщины старше 40 лет). Таким образом, при схожести факторов риска развития патологии всё-таки имеются существенные различия: заболевания позвоночника в 3 раза чаще у педагогов, а заболевания эндокринной системы чаще у медиков, особенно СД. Установлено, что условия труда медицинских и педагогических работников относятся к классу вредности 3.2–3.3 согласно Р.2.2.2006–05, что определяет риск развития нарушений, которые проявляются высокими показателями соматической и гинекологической заболеваемости.

Литература

1. Ермолина Т.А., Мартынова Н.А., Калинин А.Г. *Заболеваемость медицинских работников (профессиональные аспекты) // Здоровье и образование в XXI веке.* — 2019. — Т. 21. — №4. — С. 85.
2. Ларина В.Н., Глибка К.В., Куроп Н.М. *Состояние здоровья и заболеваемость медицинских работников // Врачу первичного звена.* — 2018. — №4. — С. 18.
3. Надеина Л.Е. *Анализ профессиональной заболеваемости педагогов // Вестник Донецкого педагогического института.* — 2018. — №2. — С. 134.

СОДЕРЖАНИЕ

ГИНЕКОЛОГИЯ

Бекулова М.А. Диеногест в терапии тазовой боли, вызванной инфильтративным эндометриозом.....	5
Бекулова М.А. Перинатальные исходы при инфильтративном эндометриозе	5
Вахлова О.С. Эффективность мелатонина в программах ЭКО	6
Газизова Г.Х., Масленников А.В. Опыт применения гепариноидов у пациенток с дисфункцией эндометрия на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани.....	7
Геращенко Я.Л. Помощь женщинам при лактостазе и мастите.....	8
Ерёма В.В., Буянова С.Н., Мгелиашивили М.В., Петракова С.А., Глебов Т.А. Недержание мочи после передней вагинальной экстраперитонеальной кольпопексии синтетическим протезом	9
Ермолова Н.В., Петров Ю.А. Оправдано ли длительное применение прогестинов у пациенток с эндометриозом?	10
Игнатовский А.В. Значение электрофореза комплекса ферментов на этапе реабилитации женщин со склероатрофическим лихеном вульвы	11
Калинкина О.Б., Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Особенности ведения женщин с гиперпластическими процессами эндометрия без атипии в периоде перименопаузы.....	13
Кириллова Е.Н., Павлюкова С.А. Роль иммуногистохимического исследования эндометрия у пациенток с эндокринным фактором бесплодия	14
Кухарчик Ю.В., Гутикова Л.В., Кузьмич И.И., Павловская М.А. Реализация репродуктивной функции женщин с миомой матки и эндометриозом.....	14
Лагутина Е.В., Семёнов П.А., Орехов Р.Е. Проблемный эндометрий как одна из причин репродуктивных неудач.....	15
Линёва О.И., Давыдкин И.Л., Данилова О.Е., Шатунова Е.П. Прегравидарная подготовка при различных клинических формах тромбофилии	17

Матросова А.В., Пахомов С.П. Факторы риска гиперстимуляции яичников	17
Махалова Г.О. Влияние режима самоизоляции на репродуктивный потенциал женщин	18
Нурмухаметова Э.Т., Чичаева Е.А., Антипов Е.В. Периферический микрокровооток пациенток с миомой матки	20
Петросян Е.И., Щукина Н.А., Гукасян С.А. Оценка эффективности периперационной терапии пациенток, оперированных по поводу рубцовой деформации и элонгации шейки матки.....	21
Семёнов П.А., Орехов Р.Е., Лагутина Е.В. Влияние хронического эндометрита и дисфункции эндометрия на фертильность.....	22
Терёхина В.Ю., Ворошин Д.С. Микровезикулы эндотелиального происхождения — потенциальные биомаркёры преэклампсии на прегравидарном этапе	23
Фетисова И.Н., Ратникова С.Ю., Шабанов Б.С. Хромосомные aberrации как причина нарушения репродуктивной функции супружеской пары	24
Щербатых М.Г., Буянова С.Н., Бабунашвили Е.Л., Беспалова А.Г. Внутриматочные синехии — одна из причин бесплодия у пациенток с миомой матки.....	25

АКУШЕРСТВО

Амосов М.С., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Иммунометаболические паттерны преคลินิกеской стадии гестационных осложнений при эндометриозе.....	29
Амосов М.С., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Эффективность периконцепционной и антенатальной превенции больших акушерских синдромов у беременных с эндометриозом.....	30
Вялкова А.А., Савельева Е.В., Плотникова С.В., Куценко Л.В., Чеснокова С.А. Перинатальные факторы и программирование здоровья детей	31
Галактионова М.Ю., Лисихина Н.В. Состояние здоровья детей, родившихся от матерей-потребительниц психоактивных веществ (данные катамнеза)	32

Горев В.В., Михеева А.А., Турти Т.В. Современные стратегии снижения младенческой смертности.....	33
Епишкина-Минина А.А., Хамошина М.Б. Гестационный сахарный диабет у молодых женщин: от раннего прогнозирования к профилактике.....	35
Кира Е.Ф., Расторгуева Л.И., Апресян С.В., Карасова А.А. Современные возможности лечения бактериального вагиноза у беременных в I триместре	36
Клименкова В.Ф. Профилактика ятрогенной коагулопатии при кесаревом сечении, основанная на мониторинге гемостатического потенциала	38
Колесник О.Б. Исходы самопроизвольных родов у пациенток с оперированной маткой	39
Корнилова Т.Ю., Завьялова Е.И. Медикаментозное прерывание беременности во II триместре: особенности и проблемы метода	40
Корнилова Т.Ю., Пуцкова Л.В. Прогнозирование задержки роста плода с помощью ультразвуковых маркёров	41
Корчагина А.В. Клинико-anamnestические и эхографические характеристики пациенток со спонтанными преждевременными родами	42
Косинова С.Р. Влияние уровня витамина D и общего кальция матери на состояние здоровья новорождённого	43
Костина Е.А. Анамнез женщин с рубцом на матке после абдоминального родоразрешения	45
Лазарева А.Ю., Фаткуллина Ю.Н., Файзуллина Л.А., Стеценко Н.В., Галеева С.А., Шяхметов А.М. Беременность и перинатальные исходы у ВИЧ-положительных женщин	46
Лазарева А.Ю., Фаткуллина Ю.Н., Файзуллина Л.А., Стеценко Н.В., Галеева С.А., Шяхметов А.М. Ретроспективный анализ гистерэктомий при массивных акушерских кровотечениях.....	47
Максимьяк О.В. Преждевременный разрыв плодных оболочек при доношенной беременности	48
Погудина Т.С., Анопова А.Д., Исмаил М.Н. Три случая клинического наблюдения беременности с синдромом Гиппеля–Линдау	49
Посисеева Л.В., Перепечай М.И., Дружинина Е.Л. Субфертильность спермы и погибшие беременности в программах ЭКО	50
Расторгуева Л.И., Кира Е.Ф., Апресян С.В., Карасова А.А. Изменения микробиоты влагалища при лечении бактериального вагиноза молочной кислотой во время беременности	51
Ревина Д.Б. Влияние полиморфизма rs4065 гена урокиназы на риск развития и степень тяжести преэклампсии, задержки роста плода	52
Ротару А.В. Блокатор рецепторов окситоцина в лечении угрожающих преждевременных родов	53
Рыбалко О.Н., Каладзе Н.Н. Факторы риска поздних преждевременных родов.....	54
Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Уварова Е.Е., Попов А.А., Клычбаев Т.С., Гаджиева Р.А. Клинический случай истинного вращающегося плаценты	55
Таджибоева Н.А., Галеева С.А. Исходы гипертензивных расстройств у беременных, проживающих в высокогорных районах	56
Таджиева В.Д., Азизова Р.Р. Маточно-плодово-плацентарный кровоток (МППК) у женщин с полиморфизмом генов гемостаза на фоне лечения	57
Хасанов А.А., Морозова Е.А., Петрова А.В. Вторая позиция плода — головная боль акушера, неонатолога, новорождённого	58
Шостак Д.П., Шостак И.А. Опыт применения временной баллонной окклюзии аорты для родоразрешения при предлежании плаценты с вращением (<i>pl. percreta</i>) (клиническое наблюдение) ..	60
Щеклина К.В. Клинико-anamnestические характеристики пациенток с различными фенотипами преэклампсии в I триместре беременности	61

НЕОНАТОЛОГИЯ

Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д.
Почечное маловодие в пренатальном периоде и функция почек у новорождённых с наследственными кистозными болезнями почек..... 64 |

Бем Е.В., Фёдорова Л.А., Мызникова И.В.
Роль врождённой цитомегаловирусной инфекции при билиарной атрезии..... 65 |

Большкина Ю.С., Кучина О.А., Радынова С.Б. Особенности течения неонатального периода младенцев, рождённых от матерей с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в Республике Мордовии66	Никифорова А.Д. Факторы риска реализации врождённой пневмонии новорождённых детей..... 81	
Бондарь В.А. Настоящее и будущее новой формы бронхолёгочной дисплазии67	Сайдашева Э.И., Малиновская Н.А., Алексеев Ю.А. Катамнестическое наблюдение детей с ретинопатией недоношенных в Санкт-Петербурге..... 81	
Будалова А.В. Тромбоцитарные индексы у недоношенных новорождённых 68	Саркисян Е.А., Асатрян А.Р. Опыт применения неинвазивной респираторной поддержки у недоношенных новорождённых..... 82	
Власенко Н.Ю., Юдицкая Т.А., Юнгман Н.В. Роль генетических исследований в выборе терапии неонатального сахарного диабета69	Саркисян Е.А., Асатрян А.Р. Перинатальные исходы детей, зачатых с использованием ВРТ83	
Гареева А.И., Белопольская М.А. Возможная вертикальная передача COVID-1970	Соломаха А.Ю. Особенности нарушения дыхания во сне у недоношенных детей с БЛД-ассоциированной лёгочной гипертензией85	
Гомелля М.В., Филиппов Е.С., Зарубин А.А., Тихонова К.А., Мойсеева Э.Д., Егорова Т.А., Соломенная Е.Э., Вандиу Н.И. Параметры тромбоэластограммы детей с гипоксическо-ишемической энцефалопатией при аппаратной терапевтической гипотермии 71	Сударева Д.И., Аксельров М.А., Супрунец С.Н. Клинический случай некротизирующего энтероколита на фоне инвагинации тонкой кишки у недоношенного ребёнка..... 86	
Гомелля М.В., Филиппов Е.С., Тихонова К.А., Заматицкова Ю.О., Хабаева А.П., Сырыглар У.С. Свёртывающая система крови детей с гипоксическо-ишемической энцефалопатией при аппаратной терапевтической гипотермии73	Якубович Е.С., Хмилевская С.А., Зрячкин Н.И. Особенности физического развития в раннем возрасте недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ87	
Журавлёва Л.Н. Дисфункция эндотелия при инфекционно-воспалительных заболеваниях недоношенных новорождённых74	ПЕДИАТРИЯ	
Ильенко Л.И., Албагачиева Д.И. Оценка сывороточного уровня молекулы клеточной адгезии ALCAM у новорождённых с перинатальными гипоксическими поражениями ЦНС74	Абраров Р.А., Панова Л.Д. Липидный обмен у подростков, родившихся недоношенными..... 91	
Кизатова С.Т., Панибратец Л.Г. Анализ микробного пейзажа в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых перинатального центра г. Караганды 75	Баранова Т.И. Адаптационный статус детей после антенатальной йодной профилактики 91	
Кольцова Н.С., Захарова Л.И., Печкуров Д.В., Кузьмина А.И., Матанцева Е.А. Ранняя неонатальная адаптация младенцев от COVID-позитивных матерей76	Беляева Н.А., Жаров А.Н. Реализация пренатальной пиелоектазии у детей грудного и раннего возраста92	
Малюжинская Н.В., Петрова И.В., Кожевникова К.В., Витина Т.М. Нарушение микрогемодиализации у новорождённых с гипоксическо-ишемическим поражением ЦНС..... 77	Бурлуцкая А.В., Шадрин С.А., Статова А.В. Опыт работы Школы коррекции и профилактики ожирения у детей в Краснодарском крае93	
Михеева И.Г., Ларина Л.Е., Курасова О.Б., Дубенок С.Ю., Беляева И.А., Крузляков А.Ю., Цветнова Р.Г., Яковлева А.А., Кузнецова Ю.А. Опыт выхаживания новорождённых детей с венозными тромбозами78	Воробьёва А.В. Заболеемость острой пневмонией детей в г. Тула (2015–2019 гг.).....94	
	Гладков С.Ф. Возможности бактериофагов в первичной профилактике аллергических заболеваний.....95	
	Гольцман Е.А., Кузнецова А.А., Петрова С.И., Графская И.И., Соломатина Н.М., Пешехонова Ю.В. Редкая форма первичного иммунодефицита96	

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Коваленко Н.С. Оценка тактики ведения пациентов с синдромом артериальной гипертензии97	Гриценко И.А., Ткаченко Л.В., Тихаева К.Ю., Гаврилова И.С., Долгова В.А., Савостова Е.А., Романченко А.С. Проблемы доабортного консультирования в РФ 111
Кораблёва Н.Н. Внезапная неожиданная смерть младенцев вне лечебных учреждений: проблемы и пути решения 98	Жаркова И.Ю., Петрушина А.Д., Ушакова С.А. Опыт внедрения цикла непрерывного медицинского образования «Неонатальная кардиология» в Тюменском государственном медицинском университете113
Коробкина О.Г. Обеспеченность витамином D детей г. Краснодара.....99	Жаркова И.Ю., Косинова С.Р., Халидуллина О.Ю. Результаты анкетирования врачей педиатрической службы после обучения на цикле «Неонатальная кардиология» в рамках непрерывного медицинского образования 114
Кудлач А.И., Шалькевич Л.В., Стефанин А.Л. Некоторые аспекты перинатального анамнеза детей с коморбидностью эпилепсии и расстройств аутистического спектра99	Кастор М.В. Медико-социальная характеристика женщин, родивших мёртвых младенцев115
Ныркova П.А., Савенкова Н.Д. Длительность ремиссии после дебюта гормоночувствительного нефротического синдрома у детей, развивших и не развивших гормонозависимость 101	Курлеева Т.Ю., Козан О.В., Пилипушка Д.В. Антимикробная терапия в акушерской практике: как увеличить эффективность лечения и уменьшить его стоимость 116
Овсянников Д.Ю., Жесткова М.А., Карпенко М.А. Трудности диагностики и ведения младенцев с нейроэндокринной клеточной гиперплазией.....102	Ледяйкина Л.В., Щёкин О.А., Чиркова О.А. Организация детской паллиативной помощи в Республике Мордовия 118
Подлесная О.Н. Синдром Барде–Бидля с аномалией развития почек...102	Онищенко Е.Ф., Дубовая Е.Г. Этико-правовые проблемы практического применения информационных технологий в медицине 119
Родина М.А., Чеботарёва Ю.Ю. Врождённые пороки развития репродуктивной системы девочек. Клинические случаи.....103	Орёл В.И., Носырева О.М., Гурьева Н.А. Инструменты устойчивого развития службы охраны материнства и детства.....120
Филипович Е.К., Кудлач А.И., Стефанин А.Л. Дифференцированное влияние неблагоприятных факторов перинатального периода на последующее психоневрологическое развитие у детей104	Таджиева В.Д. Репродуктивное и соматическое здоровье медицинских и педагогических работников121
Чеботарёва Ю.Ю., Летифов Г.М., Костоева З.А. Особенности лечения вульвовагинита у девочек, страдающих рекуррентными инфекциями мочевого тракта105	
Чеснокова С.А., Вялкова А.А. Перинатальные факторы риска хронической болезни почек у детей 107	
Ющенко А.Ю. Здоровье детей после коррекции дефекта межжелудочковой перегородки108	