

ОЧНО + ОНЛАЙН

CONNEXIO

— congress space by StatusPraesens —

7-10  
сентября  
2022 года



XVI Общероссийский семинар  
«Репродуктивный  
потенциал России:  
ВЕРСИИ  
И КОНТРАВЕРСИИ»

IX Общероссийская  
конференция  
7-10 сентября 2022



FLORES VITAE

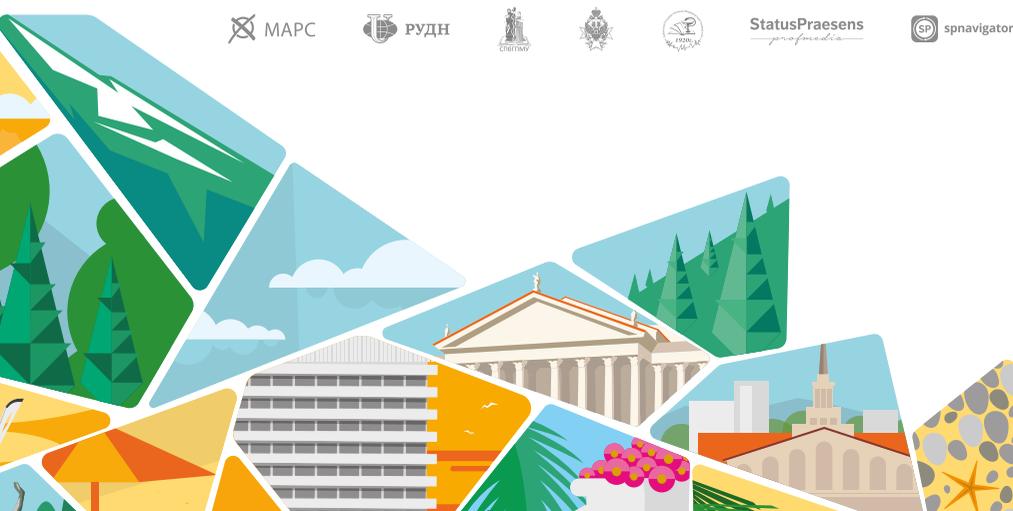
Контраверсии  
в неонатальной  
медицине и педиатрии



# ТЕЗИСЫ



StatusPraesens  
*profimedia*



# КОНГРЕССЫ И СЕМИНАРЫ

ДЛЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

## 2023

### 16–18 февраля

IX Общероссийский  
конференц-марафон

«ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА:  
ОТ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ  
К ЗДОРОВОМУ МАТЕРИНСТВУ  
И ДЕТСТВУ»

Отель «Санкт-Петербург», Санкт-Петербург

### 16–18 марта

VIII Общероссийский семинар  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ  
РОССИИ: ВЕСЕННИЕ КОНТРАВЕРСИИ»

Гостиница «Рэдиссон Славянская»,  
Москва

### 20–21 апреля

V Общероссийский  
научно-практический семинар  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ  
РОССИИ: ДОНКИЕ СЕЗОНЫ»

Конгресс-отель Don-Plaza, Ростов-на-Дону

### 12–13 мая

IX Общероссийский конгресс  
с международным участием  
«РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ:  
ОТ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ  
К ЗДОРОВОЙ ГЕСТАЦИИ.  
ПРОБЛЕМЫ ВРТ»

Гостиничный комплекс «Измайлово»,  
корпус «Гамма-Дельта», Москва

### 26–28 мая

II Национальный конгресс  
«ANTI-AGEING И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ  
ГИНЕКОЛОГИЯ»

Гостиница «Рэдиссон Славянская»,  
Москва

### 9–12 сентября

XVII Общероссийский  
научно-практический семинар  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ  
РОССИИ: ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ»

Гранд-отель «Жемчужина», Зимний театр, Сочи

### 13–14 октября

VIII Общероссийская конференция  
«ИНФЕКЦИИ И ИНФЕКЦИОННЫЙ  
КОНТРОЛЬ В АКУШЕРСТВЕ  
И ГИНЕКОЛОГИИ»

Онлайн

### 26–27 октября

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

НИИ акушерства, гинекологии  
и репродуктологии им. Д.О. Отта,  
Санкт-Петербург

### 23–25 ноября

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

Ельцин-центр, Екатеринбург

#### Февраль

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

#### Март

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

#### Апрель

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

#### Май

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

#### Сентябрь

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

#### Октябрь

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

#### Ноябрь

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

+7 (495) 109 2627, 8 (800) 600 3975

praesens.ru

Внимание!  
Возможны изменения.  
Следите за новостями  
на сайте praesens.ru.

ova@praesens.ru

praesens

praesensaig

КАЛЕНДАРЬ

МАРС

РУДН

StatusPraesens  
profimedia

spnavigator

---

# Тезисы

XVI Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» и IX Общероссийской конференции «FLORES VITAE. Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии»

7-10 сентября 2022 года,

г. Сочи

Москва

**StatusPraesens**  
*— profmedia —*

2022

---

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

Т29 **Тезисы XVI Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» и IX Общероссийской конференции «FLORES VITAE. Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии» (7–10 сентября 2022 года, г. Сочи).** – М. : Редакция журнала StatusPraesens, 2022. – 144 с.

ISBN 978-5-907218-51-2

В издании собраны тезисы докладов и научные материалы, подготовленные участниками XVI Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» и IX Общероссийской конференции «FLORES VITAE. Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии» (7–10 сентября 2022 года, г. Сочи).

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

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 последипломного образования, аспирантов, клинических ординаторов и студентов медицинских вузов.

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

# Акушерство и гинекология

---

## Дистанционный мониторинг состояния здоровья беременных в условиях пандемии COVID-19 и в группе риска преэклампсии

**Анкудинов Н.О.**, врач акушер-гинеколог, руководитель акушерского дистанционного консультативного центра;

**Салимова И.В.**, врач акушер-гинеколог, руководитель консультативно-диагностической поликлиники. Екатеринбургский клинический перинатальный центр. E-mail: 79221588789@ya.ru; моб. тел.: +7 (922) 158 8789.

В тезисах представлено практическое применение телемедицинских информационных технологий, которые позволили учреждениям родовспоможения Свердловской области осуществлять дистанционное наблюдение за состоянием здоровья беременных и родильниц, в том числе в период амбулаторного лечения (на дому) с бессимптомным и лёгким течением НКВИ, а также при ведении беременности с артериальной гипертензией и в группе риска по преэклампсии.

**Ключевые слова:** информационные технологии, телемедицина, дистанционный мониторинг здоровья, здравоохранение, родовспоможение, направление, маршрутизация, личный кабинет беременной, преэклампсия, НКВИ, COVID-19, артериальная гипертензия, электронный дневник самоконтроля здоровья.

*The article presents the practical application of telemedicine information technologies that have allowed maternity institutions of the Sverdlovsk region to carry out remote monitoring the health of pregnant women and maternity hospitals, including during outpatient treatment (at home) with asymptomatic and mild COVID-19, as well as during pregnancy with hypertension and at risk for preeclampsia.*

*Keywords: information technologies, telemedicine, remote health monitoring, healthcare, maternity care, referral, routing, pregnant woman's personal account, preeclampsia, COVID-19, arterial hypertension, electronic diary of self-monitoring of health.*

### Роль дистанционных технологий в системе менеджмента качества и безопасности медицинской помощи

26 апреля 2021 года зам. председателя Госдумы Ирина Яровая на заседании президиума Совета законодателей Российской Федерации при Федеральном собрании Российской Федерации призвала упростить обмен данными между медицинскими учреждениями и пациентами.

В Свердловской области начала действовать автоматизированная информационная система мобильных уведомлений «АИСТ\_СМАРТ» для беременных пациенток и врачей. Используя смартфон или, скажем, планшет, беременные пациентки в своём личном кабинете получают возможность ведения электронного дневника самоконтроля своего здоровья. Дневник имеет функции автоматической интерпретации результатов и формирования сигнальной информации для врача акушера-гинеколога. Теперь беременным не нужно заполнять бумажные дневники самоконтроля, дозваниваться до своего врача или регистратуры женской консультации для того, чтобы сообщить результаты, – процесс полностью автоматизирован. Женская консультация получила IT-инструмент для дистанционного взаимодействия с беременными и родильницами. Внедрение технологий «АИСТ\_СМАРТ» позволило заменить бумажные дневники электронными. Медицинские данные пациентки собираются в единой базе данных и позволяют отследить динамику состояния здоровья пациента в круглосуточном режиме. Результаты электронных дневников

автоматически обрабатываются системой, и если отклонений не выявлено, то данные просто записываются в систему и не тревожат врача. В случае выявления отклонений в состоянии здоровья пациентки система маркирует выявленные отклонения и отправляет врачу уведомление о текущем состоянии. Мобильные уведомления мгновенно доносят точную и подробную информацию о состоянии здоровья пациента и таким образом способствуют своевременному принятию решения о госпитализации в случае выявления критериев утяжеления течения НКВИ или появления критериев преэклампсии/тяжёлой артериальной гипертензии.

### Как работает система мобильных оповещений Формирование уведомления о результате дневников самоконтроля

Данный процесс полностью автоматизирован. Сервис «АИСТ\_СМАРТ» выполняет роль интеллектуального помощника врача акушера-гинеколога/акушерки. Пациентка заполняет данные дневника, а врач получает готовые результаты с автоматической интерпретацией. Теперь пациентка не забудет дома свой бумажный дневник, а врач сможет принимать решения по тактике ведения с учётом не только данных на очном визите, а комплексно с учётом результатов домашнего самоконтроля пациента, что важно при подборе антигипертензивной терапии у пациенток с артериальной гипертензией.

### Беременность с артериальной гипертензией и в группе риска по преэклампсии

Все пациенты данной категории должны осуществлять домашний мониторинг артериального давления с ведением дневника [1]. Дневник самоконтроля может вестись как посредством заполнения расширенной web-формы дневника, так и посредством чат-бота в «АИСТ\_СМАРТ», где пациентка может отправить данные в формате простого сообщения «давление 120/70» и сервис автоматически распознает, обрабатывает данные и запишет их в личный кабинет. Впоследствии возможно будет отследить состояние пациента, эффективность назначенной антигипертензивной терапии, просмотрев тренды по дневникам, а при необходимости и распечатать. При выявлении отклонений артериального давления выше нормы «АИСТ\_СМАРТ» автоматически предложит пациенту дальнейший алгоритм действий:

- указать жалобы и наличие протеинурии по результатам тест-полоски;
- рекомендует неотложную госпитализацию без дальнейших иных действий.

Все уведомления в случае отклонений автоматически отправляются лечащему врачу и врачу в акушерский дистанционный консультативный центр (далее – АДКЦ) для осуществления маршрутизации пациентки в режиме 24/7.

### Пациентки с НКВИ бессимптомной/лёгкой формы, получающие помощь амбулаторно (на дому) [2]

При получении результатов тестирования у беременной/родильницы на НКВИ данные вносятся медицинским персоналом в АИСТ «РАМ». О результатах автоматически формируются уведомления в личном кабинете «АИСТ\_СМАРТ». Данные уведомления автоматически рассылаются и пациенту, и врачам. Причём есть контроль о том, что пациент тоже информирован о результате. При выявлении положительного результата на НКВИ пациент 2 раза в сутки получает уведомления о необходимости заполнения дневника самоконтроля, о чём также информирован и врач – полная обратная связь.

Врач АДКЦ на основании результатов дневника самоконтроля и акушерского статуса по данным в электронной медицинской карте (далее – ЭМК) в АИСТ «РАМ», где есть информация обо всех результатах обследования, течения беременности и диагнозах, принимает решение о дальнейшей тактике ведения: продолжить амбулаторное лечение или госпитализировать в ковидный госпиталь. Своё решение врач АДКЦ фиксирует в ЭМК, оформляя дистанционную консультацию для лечащего врача женской консультации или акушерского стационара (если пациентка на момент выявления НКВИ находится в стационаре). Если принимается решение о необходимости госпитализации, то врач АДКЦ посредством конфиденциального «рабочего» чата в «АИСТ\_СМАРТ» может связаться с пациенткой и уточнить её согласие на госпитализацию и возможности транспортировки личным транспортом. Если получено согласие, то врач АДКЦ оформляет дополнительно направление на (пере)госпитализацию в тот или иной ковидный госпиталь для беременных и родильниц с учётом свободных мест. Об оформленном направлении пациентка получает уведомление с указанием ковидного госпиталя, даты и времени госпитализации. Получать бумажное направление не нужно. Все направления, которые женщина получила в период беременности, отражаются в её личном кабинете в разделе «Мои направления». Пациентка может открыть любой документ, даже если пропала связь с интернетом.

#### **Преимущества дистанционного мониторинга состояния здоровья**

Переход на электронные дневники самоконтроля позволяет выявить осложнения гестационного процесса в случае с артериальной гипертензией и/или утяжеления течения ОРВИ/ОРЗ в случае амбулаторного лечения (на дому) с НКВИ и своевременно направить пациентку на госпитализацию для предотвращения неблагоприятных событий, что есть одно из основных направлений системы менеджмента качества и безопасности медицинской помощи. «АИСТ\_СМАРТ» позволяет создать постоянную обратную связь с пациентом и тем самым сформировать пациентоцентричную модель оказания помощи как одно из приоритетных направлений развития современной медицины и здравоохранения в целом. Всё вышперечисленное повышает комплаенс взаимодействия «врач–пациент» и напрямую влияет на качество и безопасность медицинской помощи в тяжёлых условиях пандемии НКВИ, что отвечает современным запросам общества и решает поставленные правительством Российской Федерации задачи в области цифровизации здравоохранения.

#### **Литература**

1. Презлампися. Эclamпися. Отёки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде: Клинические рекомендации / Минздрав РФ. – М., 2021.
2. Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым при новой коронавирусной инфекции COVID-19: Методические рекомендации / Минздрав РФ. – Версия 5 (28.12.2021).

## **Взаимосвязь уровней PDL-1 и CA-125 в сыворотке крови у пациентов с генитальным эндометриозом**

<sup>1</sup>*Аппазова Л.С., PhD, студент.*

<sup>1,2</sup>*Руководитель: Ахмалдинова Л.Л., канд. мед. наук, ст. исследователь.*

<sup>1</sup>*Медицинский университет Караганды;*

<sup>2</sup>*Национальный научный кардиохирургический центр, г. Нурсултан, Казахстан.*

*E-mail: Leyla\_saruarovna@mail.ru; моб. тел.: +7 (707) 945 2494.*

**В исследовании выявлены статистически значимые различия уровня PDL-1 и CA-125 в опытной и контрольной группах, а также корреляционная взаимосвязь уровней PDL-1 с CA-125 у больных с генитальным эндометриозом. Полученные результаты наглядно демонстрируют необходимость исследования PDL-1 с иммунологическими маркерами воспаления и в будущем могут открыть новые терапевтические стратегии лечения генитального эндометриоза.**

**Ключевые слова:** PDL-1, CA-125, генитальный эндометриоз.

*The results of this study showed that the levels of PDL-1 and CA-125 were statistically significantly different in the experimental and control groups, and a correlation between the levels of PDL-1 and CA-125 was also revealed in patients with genital endometriosis. The obtained results clearly demonstrate the need to study PDL-1 with immunological markers of inflammation in the future may open new therapeutic strategies for the treatment of genital endometriosis.*

*Keywords: PDL-1, CA-125, genital endometriosis.*

**Актуальность.** Эндометриоз поражает около 10–15% женщин репродуктивного возраста и встречается до 20–30% у бесплодных женщин [1]. В настоящее время единственным способом окончательно диагностировать эндометриоз является лапароскопическое обследование, предпочтительно с гистологическим подтверждением. Это способствует задержке в диагностике эндометриоза, которая составляет 6–11 лет. Поэтому изучение иммунных аспектов развития эндометриоза является одним из перспективных направлений последнего времени, так как изучение связи между эндометриозом и иммунной системой выявили некоторые изменения в системе клеточного иммунитета [2]. Роль PDL-1 в эндометриозе не определена; однако тесная связь между эндометриозом и нарушенным иммунным ответом указывает на то, что PDL-1 может быть вовлечён в патогенез заболевания [3]. CA-125 – это гликопротеиновый биомаркер, который используется в диагностике болезней органов малого таза у женщин – и может быть полезен на практике у пациенток с подозрением на эндометриоз [4].

**Цель исследования** – изучить взаимосвязь уровней CA-125 и PDL-1 в сыворотке крови у пациенток с генитальным эндометриозом.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 40 женщин старше 18 лет, которые разделены на две группы: первая (контрольная) группа была представлена 19 условно здоровыми лицами, вторая (опытная) группа включала 21 пациентку с первично выявленным генитальным эндометриозом. Забор крови проводился в утренние часы натощак до начала лечения и/или оперативного вмешательства. Для определения CA-125 в сыворотке крови использовали иммунофлуоресцентный метод мультиплексного определения на магнитных сферах. Маркер PDL-1 определяли иммунофлуо-

ресцентным методом с помощью набора Human ProcartaPlex™ Kit (Termo Fisher) с использованием технологии XMap.

**Результаты.** При исследовании мы обнаружили значительное повышение онкомаркера CA-125 ( $p < 0,001$ ). Интересным является значительный подъём сывороточного уровня PDL-1 в группе женщин с эндометриозом ( $p < 0,001$ ). По результатам корреляционного анализа взаимосвязи показателя PDL-1 и CA-125 можно увидеть заметную связь ( $p < 0,001$ ). Наблюдаемая зависимость показателя CA-125 от показателя PDL-1 описывается уравнением парной линейной регрессии:  $Y_{CA125} = 0,362 \times X_{PDL-1} + 4,548$ . То есть при увеличении показателя PDL-1 на 1 пг/мл следует ожидать увеличения показателя CA-125 на 0,362 ед./мл. Полученная модель объясняет 20,8% наблюдаемой дисперсии показателя CA-125.

**Заключение.** В исследовании выявлены статистически значимые различия уровня PDL-1 и CA-125 в опытной и контрольной группах, а также корреляционная взаимосвязь уровней PDL-1 с CA-125 у больных с генитальным эндометриозом. Исследования PDL-1 с иммунологическими маркерами воспаления в будущем могут открыть новые терапевтические стратегии лечения генитального эндометриоза.

## Литература

1. Prescott J., Farland L.V., Tobias D.K. et al. A prospective cohort study of endometriosis and subsequent risk of infertility // *Hum. Reprod.* – 2016. – №31 (7). – P. 1475–1482.
2. Hadisaputra W., Prayudhana S. Serum biomarker profiles of interleukin-6, tumor necrosis factor-alpha, matrix metalloproteinase-2, and vascular endothelial growth factor in endometriosis staging // *Med. J. Indones.* – 2013. – №22. – P. 76–82.
3. Walankiewicz M., Grywalska E., Polak G. et al. The increase of circulating PD-1 and PD-L1-expressing lymphocytes in endometriosis: Correlation with clinical and laboratory parameters // *Mediator Inflammation.* – 2018. – P. 7041342.
4. Аппазова Л.С., Ахмалтдинова Л.Л., Колобаева И.Л. и др. Роль CA-125 в диагностике генитального эндометриоза // *Вестник Медицинского центра УДП РК.* – 2020. – №4 (81). – С. 82–89.

## Цервикальные неоплазии лёгкой степени тяжести: обоснованные подходы к терапии

**Артёмова О.И.,** канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии.

Пензенский государственный университет.

E-mail: artymovaolg@gmail.com; моб. тел.: +7 (963) 102 4451.

Цервикальный рак является одной из распространённых нозологических форм, заболеваемость по которому в некоторых странах продолжает неуклонно расти. Развитие рака шейки матки – многоступенчатый и многофакторный процесс. Период перехода диспластического процесса на шейке матки в инвазивный рак может варьироваться от 10 до 15 лет. Поэтому максимально ранняя диагностика и успешное лечение диспластических процессов лёгкой степени – одна из основ профилактики рака шейки матки.

**Ключевые слова:** апоптоз, цервикальный скрининг, рак шейки матки, вирус папилломы человека, неоплазия.

*Cervical cancer is one of the most common nosological forms, the incidence of which in some countries continues to grow steadily. The development of cervical cancer is a multistage and multifactorial process. The period of transition of the dysplastic process on the cervix*

*to invasive cancer can vary from 10 to 15 years. Therefore, the earliest possible diagnosis and successful treatment of mild dysplastic processes is one of the foundations for the prevention of cervical cancer.*

*Key words: apoptosis, cervical screening, cervical cancer, human papillomavirus, neoplasia.*

**Актуальность.** В работе практикующего врача акушера-гинеколога можно встретить трудности в ведении пациенток с цервикальными неоплазиями (CIN), которые связаны в первую очередь с непониманием процессов и индуцируются вирусом папилломы человека (ВПЧ) в клетках, а во-вторых, с отсутствием единых лечебных алгоритмов для предраковых состояний шейки матки. Актуальными представляются разработка и клиническое обоснование этиопатогенетического лечения CIN.

**Цель исследования** – оценка эффективности применения терапии при CIN I на основании анализа апоптотических маркеров в эпителиальных клетках шейки матки.

**Материал и методы.** Для проведения исследования женщин разделили на две группы: в первую группу вошли 56 пациенток с ВПЧ-позитивным цервикальным интраэпителиальным поражением I степени; остальные 44 женщины с нормальной кольпоскопической картиной без ВПЧ и по результатам ПАП-теста имевшие заключение NILM составили группу контроля. Обследование данной группы позволило получить результаты физиологической нормы исследуемых апоптотических параметров – каспазы-3 и каспазы-9.

**Результаты.** При определении уровня каспазы-3 и каспазы-9 показатели в группе с CIN I достоверно отличались от таковых в группе контроля. Изменение активности маркеров апоптоза в группе пациенток с CIN I относительно группы контроля говорит о воздействии ВПЧ на эпителиальные клетки шейки матки путём стимуляции процессов апоптоза как защитной реакции. Затем пациенток с CIN I разделили на подгруппы: 1-а – 28 пациенток с CIN I, получавшие терапию аллофероном; 1-б – 28 пациенток с CIN I остались под наблюдением. Вирусная нагрузка ВПЧ претерпела изменения. В подгруппе наблюдения через 6 мес у 7% отмечено снижение вирусной нагрузки  $< 3 \lg$ , а у 4% вирус не определён. В подгруппе 1-а вирусная нагрузка снизилась у 14% и у 7% пациенток не определялся ВПЧ. В подгруппе 1-а с противовирусным лечением через 12 мес у 11% женщин снизилась вирусная нагрузка, а у 29% ВПЧ не был определён; в подгруппе 1-б у 4% пациенток вирусная нагрузка снизилась ниже клинически значимой (менее 3 lg) и у 11% вирус не был определён. Таким образом, наиболее благоприятные результаты по изменению вирусной нагрузки выявлены в подгруппе с использованием аллоферона. При исследовании маркеров апоптоза было установлено, что все показатели достоверно различались между подгруппами и относительно значений до лечения. Значения каспазы-3 и каспазы-9 в подгруппе 1-б были ниже их значений за аналогичный период в подгруппе 1-а. Нужно отметить, что динамика снижения уровня каспаз-3 и -9 в группе 1-б к 6-му месяцу наблюдения замедлилась. Если через 3 мес уровень каспазы-3 в группе 1-б снизился на 42% от исходного в сравнении с 22% в группе 1-а, то ещё через 3 мес в группе 1-б снижение составило 14%, а в группе 1-а – 12%. Аналогичная, но менее выраженная ситуация и с каспазой-9. Вышесказанное можно объяснить тем, что под воздействием противовирусного лечения у пациенток процесс лизиса поражённых вирусом клеток многослойного плоского эпителия протекал интенсивнее, так как под воздействием аллоферона происходила активация Т-лимфоцитов за счёт повышения доступности клеток,

# УЧАСТВУЙТЕ В АКЦИИ!

Оформите до **23 декабря 2022** года подписку на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» на **2023 год** и станьте участником розыгрыша.

Подробнее 

# СЧАСТЛИВЫЙ ПОДПИСЧИК 2022



ГОД: 2014  
г. Нарьян-Мар



ГОД: 2015  
г. Челябинск



ГОД: 2016  
г. Чаны



ГОД: 2017  
г. Ярославль



ГОД: 2018  
г. Нижневартовск



ГОД: 2019  
г. Нижневартовск



ГОД: 2020  
г. Уфа



ГОД: 2021  
г. Sterlitaмак

ГОД:  
**2022**

Победитель награждается

- Бессрочной подпиской на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» с 2024 года!
- Поездкой в Сочи на XVII Общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (9–12 сентября 2023 года).

поражённых вирусом, о чём свидетельствовало более динамическое снижение уровней каспазы-3 и каспазы-9 в подгруппе 1-а.

**Заключение.** Защитные механизмы инфицирования здоровых клеток протекают с участием инициирующей каспазы-9 и эффекторной каспазы-3. Снижение значений каспазы-3 и каспазы-9 – благоприятный признак ввиду того, что при отсутствии триггерного воздействия ВПЧ на клетку интенсивность апоптоза уменьшается. В ходе исследования проведён анализ эффективности лечения в зависимости от выбранной тактики, показавший, что наибольшая элиминация папилломавирусной инфекции зафиксирована у пациенток, которым проводилось лечение с использованием противовирусной терапии.

## Литература

1. He H., Pan Q., Pan J. et al. *Study on the correlation between hTREC and HPV load and cervical CINI/II/III lesions and cervical cancer // J. Clin. Lab. Anal.* – 2020, Jul. – Vol. 34. – №7. – P. e23257. [PMID: 32100923]
2. Виноградова О.П., Артемова О.И. *Эффективность элиминации вируса папилломы человека при лечении патологии шейки матки // Доктор.Ру.* – 2020. – №19 (8). – С. 80–85.
3. Barra F., Della Corte L., Noberasco G. et al. *Advances in therapeutic vaccines for treating human papillomavirus-related cervical intraepithelial neoplasia // J. Obstet. Gynaecol. Res.* – 2020. – Jul. – Vol. 46. – №7. – P. 989–1006. [PMID: 32390320]

## Выявление предикторов сексуальной дисфункции, обусловленной органическими причинами

**Астафьева Е.К.**, врач акушер-гинеколог;

**Силантьева Е.С.**, докт. мед. наук, зам. главного врача по реабилитации, врач акушер-гинеколог, физиотерапевт.  
Клинический госпиталь «Лапино» ГК «Мать и дитя»,  
Московская область.

E-mail: dr\_astafeva@mail.ru; моб. тел.: +7 (926) 7073345.

Сексуальная дисфункция является распространённым состоянием, значимо влияющим на качество жизни, и может быть обусловлена как психологическими, так и органическими причинами. Анализ 246 историй болезни женщин репродуктивного возраста позволил выявить гинекологические факторы риска развития данного состояния. Лидерами являлись гормональная вульвовагинальная атрофия (63%), недостаточность мышц тазового дна (74%), гормональные изменения (46%), эндометриоз (38%), спаечный процесс органов малого таза (21%), дисфункция мышц тазового дна (43%).

**Ключевые слова:** сексуальная дисфункция, органы малого таза, слизистая ткань влагалища, мышцы тазового дна, эндометриоз.

*Sexual dysfunction is a common condition that significantly affects quality of life and may be due to both psychological and organic causes. The analysis of 246 case histories of women of reproductive age allowed us to identify gynecological risk factors for the development of this condition. The leading ones were the vulvo-vaginal atrophy (63%), pelvic muscle wasting (74%), hormonal imbalance (46%), endometriosis (38%), pelvic adhesions (21%), pelvic floor dysfunction (43%).*

**Keywords:** sexual dysfunction, pelvic organs, vaginal mucosa, pelvic floor muscles, endometriosis.

**Актуальность.** По данным статистики, от 30 до 60% женщин сталкиваются с проблемами, влияющими на интимную жизнь [1].

Несмотря на статистическую распространённость, большинство женщин не обсуждают данную проблему с врачом без прямых вопросов со стороны специалиста [2]. Качественное сексуальное функционирование является показателем здоровой психической функции, и пренебрежение данной функцией может в перспективе влиять на здоровье человека [3].

**Цель исследования** – выявить наиболее распространённые органические причины развития сексуальной дисфункции в практике врача акушера-гинеколога, сформулировать жалобы, чаще всего являющиеся причиной обращения к врачу.

**Материалы и методы.** В отделении реабилитации клинического госпиталя «Лапино» за 2020–2022 гг. были ретроспективно проанализированы 246 историй болезни пациенток репродуктивного возраста, обратившихся с жалобами на неудовлетворённость качеством интимной жизни. В отношении пациенток применялись клинико-анамнестические и инструментально-лабораторные методы диагностики.

**Результаты.** Согласно анализу жалоб, обращали на себя внимание снижение полового влечения (53%), гипогонадизм (84%), болевые ощущения во время *coitus* (47%), нарушения менструального цикла (28%), регулярные нарушения микрофлоры влагалища (37%), недостаточность лубрикации (64%), стрессовое недержание мочи (81%), аэровагинизм (76%), ощущение широкого влагалища (91%), изменение топографии наружных половых органов (27%). Соответственно, основными нозологиями стали вульвовагинальная атрофия (63%), недостаточность мышц тазового дна (74%), гормональные изменения (46%) и диспареуния, преимущественно обусловленная эндометриозом (38%), спаечным процессом органов малого таза (21%), дисфункцией мышц тазового дна (43%).

**Заключение.** Учитывая широкий диапазон органических предикторов развития сексуальной дисфункции, необходимо информирование врачей и населения для повышения обращаемости с подобными жалобами, проведения своевременной диагностики и лечения.

## Литература

1. Kershaw V., Jha S. *Female sexual dysfunction // The Obstetrician & Gynaecologist.* – 2022. – Vol. 24. – P. 12–23.
2. Kingsberg S.A. *Taking a sexual history // Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* – 2006. – Vol. 33. – P. 535–547.
3. Alidost F., Pakzad R., Dolatian M. et al. *Sexual dysfunction among women of reproductive age: A systematic review and meta-analysis // Int. J. Reprod. Biomed.* – 2021. – Vol. 19. – №5. – P. 421–432. [Published 2021 Jun 23]

## Диагностика и прогнозирование преэклампсии: интерлейкин-10 в сыворотке материнской крови

**Ахмедов Ф.К.**, PhD, доц. кафедры акушерства и гинекологии.  
Руководитель: **Негматуллаева М.Н.**, проф. кафедры акушерства и гинекологии.

Бухарский государственный медицинский институт,  
Узбекистан.

E-mail: farhod.ahmedov.77@mail.ru;  
моб. тел.: +998 (90) 511 9648.

**Перспективное исследование «случай–контроль», в исследовании включены 100 пациенток, сформированы две группы: контрольная (n=50) и преэклампсии (n=50). Мы отметили**

статистически значимую разницу в уровне сывороточного IL-10 (пг/мл) между группой преэклампсии и контрольной группой ( $p < 0,01$ ). Прогностическое пороговое значение сывороточного IL-10 при преэклампсии составило 16,3 пг/мл с чувствительностью 100%, специфичностью 80% и точностью 89%.

**Ключевые слова:** интерлейкин, преэклампсия, IL-10, беременность.

*A prospective case-control study, 100 patients were included in the study, two groups were formed: the (control) group ( $n=50$ ) and the preeclampsia group ( $n=50$ ). We noted a statistically significant difference in serum IL-10 (pg/mL) between preeclampsia and controls ( $P < 0.01$ ). The best cut-off value for serum IL-10 in preeclampsia was (16.3 pg/mL) with a sensitivity of 100%, specificity of 80%, and accuracy of 89%.*

*Keywords: interleukin, preeclampsia, IL-10, pregnancy.*

**Актуальность.** Преэклампсия – артериальная гипертензия с ассоциированной протеинурией до 20 нед беременности. Это считается критической причиной материнской и внутриутробной заболеваемости и смертности и представляет собой социальное и медицинское бремя для общества [1, 2]. ИЛ-10 – это совместимый с беременностью цитокин, который играет жизненно важную роль в поддержании баланса противовоспалительной и провоспалительной среды на границе между матерью и плодом. Недавние данные свидетельствуют о том, что ИЛ-10 является мощным сосудистым цитокином, который может притуплять гипертензию и сосудистую дисфункцию, опосредованную воспалением [3, 4]. Таким образом, необходима переоценка ИЛ-10 как цитокина, поддерживающего эндovasкулярные взаимодействия и ангиогенез, а также притупляющего симптомы гипоксического повреждения и преэклампсии.

**Цель исследования** – изучить роль интерлейкина-10 материнской сыворотки при преэклампсии.

**Материалы и методы.** Проспективное исследование «случай–контроль», в исследование включены 100 пациенток, сформированы две группы: контрольная группа ( $n=50$ ) и группа преэклампсии ( $n=50$ ). Контрольную группу составили 50 нормальных беременных со сроком гестации 16–28 нед. Группу преэклампсии составили 50 беременных с артериальным давлением  $\geq 140/90$  мм рт.ст. и протеинурией  $\geq 0,3$  г/24 ч в сроке гестации 28–34 нед. Случаи считались тяжёлыми, если артериальное давление составляло  $\geq 160/110$  мм рт.ст. и протеинурия  $\geq 5$  мг/24 ч. Все женщины прошли сбор анамнеза, общий осмотр и акушерское УЗИ, чтобы убедиться, что они соответствуют критериям включения. Обе группы сравнивали в отношении уровня ИЛ-10 в сыворотке, чтобы уточнить его значение, затем был проведён статистический анализ, чтобы установить наилучший пороговый уровень для прогнозирования преэклампсии с дальнейшей оценкой его связи с артериальным давлением для определения его прогностического значения.

**Результаты.** Мы отметили статистически значимую разницу в уровне сывороточного ИЛ-10 (пг/мл) между группой преэклампсии и контрольной группой ( $p < 0,01$ ). Наилучшее пороговое значение сывороточного ИЛ-10 при преэклампсии составило 16,3 пг/мл с чувствительностью 100%, специфичностью 80% и точностью 89%. Также наблюдались значительные колебания его концентрации до и после контроля АД и достоверная положительная корреляция с уровнем систолического АД.

**Заключение.** ИЛ-10 является значимым биомаркером прогнозирования и ранней диагностики преэклампсии.

## Литература

1. Akhmedov F.K., Negmatullaeva M.N., Kurbanova Z. Sh. Modern views on the problem of preeclampsia // *A new day in medicine*. – 2018. – №1 (21). – P. 180–185.
2. Bowen R.S., Gu Y., Zhang Y. et al. Hypoxia promotes interleukin-10 production by placental trophoblast cells from preeclamptic pregnancies // *J. Soc. Gynecol. Investig.* – 2015. – Vol. 12. – №6. – P. 428–439.
3. Carl V.S., Gautam J.K., Comeau L.D. et al. Role of endogenous IL-10 in LPS-induced STAT3 activation and IL-1 receptor antagonist gene expression // *J. Leukol. Biol.* – 2014. – Vol. 76. – №3. – P. 735–742.
4. Tuksonova D.I., Solieva N.K., Negmatullaeva M.N. et al. The importance of immune status in miscarriage // *News of dermatovenerology and reproductive health*. – 2020. – №1. – P. 52–54.

## Оптимизация показаний к гистероскопии у пациенток репродуктивного возраста

**Баклыгина Е.А.**, ассистент кафедры акушерства и гинекологии;

**Пчелинцев В.В.**, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии.

Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова.

E-mail: gnessochka1@rambler.ru; моб. тел.: +7 (920) 965 1151.

**Проанализированы результаты 35 гистероскопий, выполненных у пациенток репродуктивного возраста. Изучены жалобы, анамнез, данные сонографии, гистероскопии, гистологического исследования соскоба из полости матки. Сделаны выводы о целесообразности выполнения гистероскопии.**

**Ключевые слова:** гистероскопия, репродуктивный возраст.

*The analysis of 35 hysteroscopies in patients of reproductive age was carried out. We studied complaints, anamnesis, materials of sonography, hysteroscopy, histological examination of scrapings from the uterine cavity were compared. We made conclusion about necessary of using hysteroscopy.*

*Keywords: hysteroscopy, reproductive age.*

**Актуальность.** Современные методы диагностики внутриматочных заболеваний позволяют определить адекватную тактику ведения больных, разработать оптимальный комплекс лечебных мероприятий и нередко восстановить репродуктивную функцию [1, 3]. Широкое внедрение гистероскопии в клиническую практику существенно расширило возможности диагностики патологических состояний эндометрия и в то же время позволило производить целый ряд лечебных хирургических манипуляций [2].

**Цель исследования** – выявить основные патологические процессы у женщин репродуктивного возраста и оптимизировать у них показания к гистероскопии.

**Материалы и методы.** Было выполнено 35 гистероскопий пациенткам в возрасте от 18 до 43 лет, средний возраст составил 30,3 года. Среди отмеченных жалоб: аномальные маточные кровотечения – у 27 (77,1%), бесплодие – у четырёх (11,4%), отсутствие жалоб – у четырёх (11,4%). Паритет: 11 (31,4%) женщин не имели беременностей, 24 (68,6%) имели роды, семь из которых путём кесарева сечения. Соматический анамнез был отягощён у 11 пациенток (ожирением – у шести, сахарным диабетом – у одной, пиелонефритом – у трёх, раком молочной железы – у одной). Среди гинекологических заболеваний: хламидиоз – в двух случаях, тяжёлая дисплазия шейки

матки — в двух (выполнялась конизация), миома матки — в трёх, ниша рубца на матке после кесарева сечения — у двух пациенток, двое больных имели ранее в анамнезе гистероскопии. Всем пациенткам проводилась сонография, после чего выполнялась жидкостная диагностическая гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием матки и последующим гистологическим исследованием соскоба.

**Результаты.** При гистероскопии были обнаружены: сочетание гиперплазии эндометрия и полипов эндометрия (45,7%), железисто-фиброзные полипы (28,6%), железисто-полипозная гиперплазия эндометрия (20%), субмукозная миома и умеренная дисплазия эпителия шейки матки (5,7%). У пациенток с бесплодием: в трёх случаях — пролиферативный эндометрий, в одном случае — железистый полип эндометрия. Сравнение результатов дооперационного обследования с заключениями гистероскопии и патоморфологического исследования выявило преобладание тех заболеваний, которые были выявлены клинически и при ультразвуковом исследовании, что подтверждает достаточно высокую информативность этого доступного неинвазивного аппаратного метода исследования. Так, наиболее часто гистероскопически подтверждались такие предварительные диагнозы, как субмукозная миома матки (100%); полипы эндометрия (85,7%); гиперплазия эндометрия (90%).

**Выводы.** При наличии объёмного образования полости матки необходимо и исследование окружающего эндометрия, так, у 14 (40%) пациенток дополнительно выявлена гиперплазия эндометрия. У пациенток с бесплодием при циклических кровотечениях целесообразно использовать гистероскопию во вторую фазу менструального цикла, чтобы полноценно и подробно оценить трансформацию эндометрия под действием гормонов.

## Литература

1. Mencaglia L., Hamou J. *Manual of hysteroscopy. Diagnosis and surgery* // Tuttlingen: Endo-press. — 2001. — 82 p.
2. ACOG Committee Opinion No800. *The use of hysteroscopy for the diagnosis and treatment of intra-uterine pathology* // *Obstet Gynecol.* — 2020. — P. 138–148.
3. Ключаров И.В., Шулаев А.В., Гайфуллин Р.Ф. и др. *К вопросу о развитии гистероскопических технологий* // *Практическая медицина.* — 2016. — №4. — С. 52–55.

## Патогенез неудач имплантации при аденомиозе

**Баринова Э.К.**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии  
с курсом перинатологии.

Руководители: **Оразов М.Р.**, докт. мед. наук, проф.;  
**Михалёва Л.М.**, член-корр. РАН, проф.

Российский университет дружбы народов.

E-mail: barinovaek@inbox.ru; моб. тел.: +7 (926) 695 4073.

Эндометриоз — это распространённое изнурительное заболевание, которым страдают от 6 до 10% всего женского населения; у женщин с болью, бесплодием или тем и другим частота составляет 35–50%. От 25 до 50% бесплодных женщин имеют эндометриоз, а от 30 до 50% женщин с эндометриозом бесплодны. Механизм бесплодия, связанного с эндометриозом, или его влияние на ЭКО полностью не установлены. Прогрессирующий эндометриоз означает худший прогноз для лечения

**ЭКО. Метаанализ девяти исследований показал, что аденомиоз может оказывать негативное влияние на результаты лечения ЭКО, поскольку он снижает частоту имплантации и клинической беременности и увеличивает частоту выкидышей.**

**Ключевые слова:** эндометриоз, ЭКО, диеногест.

*Endometriosis is a very common debilitating disease that affects 6 to 10 per cent of the total female population; in women with pain, infertility, or both, the frequency is 35–50%. 25 to 50% of infertile women have endometriosis, and 30 to 50% of women with endometriosis are infertile. The mechanism of infertility associated with endometriosis or its effect on IVF is not fully established. Progressive endometriosis means the worst prognosis for IVF treatment. A meta-analysis of nine studies concluded that adenomyosis may have a negative impact on IVF treatment outcomes because it reduces the incidence of implantation and clinical pregnancy and increases the incidence of miscarriages.*

**Keywords:** endometriosis, IVF, dienogest.

**Актуальность.** Эндометриоз является эстрогензависимым гинекологическим заболеванием с длительными последствиями для фертильности, соматического здоровья и общего качества жизни многих женщин [1]. В систематическом обзоре результатов экстракорпорального оплодотворения/интрацитоплазматической инъекции сперматозоида — переноса эмбрионов (ЭКО/ИКСИ-ЭТ) показано, что у пациенток с аденомиозом частота клинической беременности была на 28% ниже, а частота выкидышей в 2 раза выше, чем у пациенток без аденомиоза [2]. Однако в результате ретроспективного исследования Allaou H., Zetoune A.B., Alhalabi M. (2021) 53,8% женщин с аденомиозом из 65 включённых в исследование имели успешную попытку ЭКО [3]. Iwasawa T. et al. (2021) пришли к выводу что аденомиотические поражения по-разному влияют на результаты ЭКО/ИКСИ-ЭТ и для диагностики аденомиоза у бесплодных пациентов необходимо МРТ-исследование [4]. Исследование Zhang J. et al. (2021) «случай–контроль» показало, что даже при сверхдлинном протоколе с предварительной обработкой ГнРГ длительного действия в течение нескольких циклов аденомиоз всё ещё оказывает неблагоприятное влияние на исход беременности при ЭКО [5]. Диеногест — это пероральный прогестин, который имеет мощное прогестагенное влияние в сочетании с умеренным эстрогенсупрессивным действием, а также противовоспалительный, антипролиферативный и ангиогенный эффекты, которые обеспечивают торможение роста эндометриодных гетеротопий [6]. В современной литературе описано проспективное сравнительное исследование (2021), в котором приняли участие 150 женщин в возрасте от 24 до 38 лет с бесплодием, из них 120 пациенток — в сочетании с аденомиозом. В исследовании было установлено, что беременность в 1,5 и 1,4 раза чаще наступала на фоне приёма диеногеста [7]. Barra F. et al. (2020) оценила в своём исследовании применение диеногеста перед ЭКО у женщин с эндометриозом, у которых ранее был один неудачный цикл ЭКО. Было отмечено, что показатели имплантации, клинической беременности и живорождения оказались значительно выше в группе, получавшей диеногест (39,7; 33,3 и 28,6%), чем в группе, не получавшей лечения (23,9; 18,2 и 14,8%; p = 0,049; 0,037 и 0,043 соответственно) [7].

**Цель работы** — провести систематический анализ данных, имеющихся в современной литературе об эндометриоз-ассоциированном бесплодии, механизмах его реализации и возможностях гормональной терапии в подготовке к ЭКО.

**Материалы и методы.** Для создания обзора предпринят анализ базы данных Pubmed, Embase, Cochrane, взяты между-

народные обзоры за последние несколько лет и результаты рандомизированных контролируемых исследований.

**Результаты.** Эндометриоз считается наиболее распространённым доброкачественным, но потенциально метастатическим гинекологическим заболеванием, поражающим до 10% женщин репродуктивного возраста, в то время как до 40% бесплодных женщин страдают эндометриозом. Пациентки с этим заболеванием часто нуждаются в ВРТ для повышения шансов на беременность, и более трети женщин, проходящих ЭКО, страдают именно эндометриозом. Однако эндометриоз нарушает все аспекты репродуктивного процесса и связан с более низкими показателями успеха по сравнению с другими показаниями к ЭКО. Механизмы бесплодия, связанного с эндометриозом, остаются во многом неизвестными. Обсуждается несколько этиологических факторов эндометриоз-ассоциированного бесплодия, начиная с нарушения нормальной анатомии и формирования непроходимости маточных труб вследствие образования спаечного процесса в малом тазу и заканчивая менее изученными факторами, такими как провоспалительные цитокиновые реакции, приводящие к нарушению рецептивности эндометрия и снижению качества яйцеклеток.

**Заключение.** Для улучшения результатов ЭКО у бесплодных пациенток с эндометриозом было предложено длительное (3–6 мес) супрессивное гормональное лечение перед циклом. Предварительное назначение ДНГ способно улучшить клинические исходы беременности после ЭКО у пациенток с данным заболеванием. Диеногест оказывает благоприятное воздействие как на системную, так и на локальную воспалительную среду, повышает количество и качество полученных ооцитов, эмбрионов высокого качества и blastocyst, частоту клинической беременности и живорождения, что уже неоднократно было показано в исследованиях.

## Литература

1. Allaou H., Zetoune A.B., Alhalabi M. Endometriosis and Adenomyosis Effect on IVF Outcome // *Gynecol.Reprod.Health.* – 2021. – №5 (1). – P.1–4; Correspondence: Marwan Alhalabi, Division of Reproductive Medicine, Embryology and Genetics, Faculty of Medicine, Damascus University, Damascus, Syria. Received. – 2021. – Vol. 1.
2. Harada T., Taniguchi F., Harada T. Increased risk of obstetric complications in patients with adenomyosis: A narrative literature review // *Reproductive Medicine and Biology.* – 2022. – Vol. 21. – №1. – P.e12473.
3. Allaou H., Zetoune A.B., Alhalabi M. Endometriosis and Adenomyosis Effect on IVF Outcome // *Gynecol.Reprod.Health.* – 2021. – №5 (1). – P.1–4; Correspondence: Marwan Alhalabi, Division of Reproductive Medicine, Embryology and Genetics, Faculty of Medicine, Damascus University, Damascus, Syria. Received. – 2021. – Vol. 2.
4. Iwasawa T. et al. Effects of localisation of uterine adenomyosis on outcome of in vitro fertilisation/Intracytoplasmic sperm injection fresh and frozen-thawed embryo transfer cycles: a multicentre retrospective cohort study // *Reproductive Biology and Endocrinology.* – 2021. – Vol. 19. – №1. – P.1–11.
5. Zhang J. et al. Impact of Uterine Adenomyosis on Pregnancy Outcomes in Women Undergoing In Vitro Fertilization Treated With a Long-Term Pituitary Downregulation Protocol // *Frontiers in Endocrinology.* – 2021. – Vol. 12.
6. Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Орехов Р.Е. Эффективность терапии эндометриоз-ассоциированной тазовой боли, резистентной к хирургическому лечению // *Гинекология.* – 2021. – №4. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-terapii-endometrioz-assotsirovannoy-tazovoy-bolirezistentnoy-k-hirurgicheskomu-lecheniyu>; *PMЖ. Мать и дитя.* – 2021. – №2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/adenomioz-i-besplodie-podhodyk-lecheniyu>.

8. Barra F., Lagana A.S., Scala S. et al. Pre-treatment with dienogest in women with endometriosis undergoing IVF after a previous unsuccessful cycle // *Reprod. Biomed. online.* – 2020. – Nov. – №41 (5). – P.859–868. [PMID: 32873492]

## Аденомиоз и бесплодие: где причинно-следственная связь?

**Баринаева Э.К., аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.**

**Руководители: Оразов М.Р., докт. мед. наук, проф.;**

**Михалёва Л.М., член-корр. РАН, проф.**

*Российский университет дружбы народов.*

*E-mail: barinovaek@inbox.ru; моб. тел.: +7 (926) 695 4073.*

**До недавнего времени аденомиоз ассоциировался с многоплодием, а не с нарушением фертильности. В настоящее время аденомиоз всё чаще диагностируется у пациенток с бесплодием, поскольку женщины откладывают первую беременность до 30–40 лет. Хотя связь между аденомиозом и бесплодием полностью не установлена, в современной научной литературе имеется информация об исследованиях, показывающих, что аденомиоз оказывает негативное влияние на женскую фертильность.**

**Ключевые слова: аденомиоз, бесплодие, патогенез, факторы риска.**

*Until recently, adenomyosis was associated with multiple births rather than impaired fertility. Currently, adenomyosis is increasingly diagnosed in patients with infertility, as women postpone the first pregnancy until 30–40 years. Although the link between adenomyosis and infertility is not fully established. In the modern scientific literature, there is information about studies showing that adenomyosis has a negative effect on female fertility.*

*Keywords: adenomyosis, infertility, pathogenesis, risk factors.*

**Актуальность.** Аденомиоз матки — доброкачественное заболевание, характеризующиеся прорастанием эндометрия в слой миометрия матки, которое чаще встречается у женщин в возрасте от 40 до 50 лет [1]. Распространённость аденомиоза колеблется от 5 до 70% [2]. В возрасте до 40 лет этим заболеванием страдают две из 10 женщин, тогда как в возрасте от 40 до 50 лет заболеваемость возрастает до восьми из 10 женщин [3]. Однако частоту аденомиоза трудно установить из-за отсутствия единого определения и диагностических критериев, основанных на неинвазивных диагностических тестах [3, 4]. Аденомиоз является одной из причин бесплодия [4]. Фертильность у больных аденомиозом может нарушаться различными механизмами: аномальные маточно-трубные гаметы и транспорт эмбрионов, нарушение функции и рецептивности эндометрия, увеличенная матка, анатомические деформации и интрамуральная аденомиома могут влиять на форму полости матки. Эти факторы могут оказать негативное влияние на миграцию сперматозоидов, перенос эмбрионов и потенциал имплантации [5]. Было установлено, что аденомиоз негативно влияет на имплантацию и клиническую беременность и увеличивает частоту выкидышей [6].

**Цель работы** — провести систематический обзор данных, имеющихся в современной литературе о распространённости, факторах риска и патогенезе пациенток, страдающих бесплодием, связанным с аденомиозом.

**Материалы и методы.** Для создания обзора предпринят анализ базы данных Pubmed, Embase, Cochrane, взяты между-

народные обзоры за последние несколько лет и результаты рандомизированных контролируемых исследований.

**Результаты.** Эндометриоз – это хроническое эстрогензависимое воспалительное заболевание, характеризующееся гистологическим присутствием функциональных желёз и стромы эндометрия вне полости матки. Его диагностика до недавнего времени была затруднена, и в прошлом он ассоциировался с повторнородящими женщинами, а не с бесплодием. Действительно, женщины часто откладывают первую беременность, а аденомиоз обычно наблюдается в возрасте от 30 до 40 лет. И только после расширения неинвазивных методов диагностики (МРТ) аденомиоза была признана его роль в бесплодии и раннем невынашивании беременности. Аденомиоз является распространённым гинекологическим заболеванием с неясной этиологией. Несколько исследований показали, что наличие аденомиоза может нарушать фертильность, влияя на маточно-трубный транспорт и изменяя функцию и рецептивность эндометрия. Некоторые косвенные доказательства показали, что женщины с аденомиозом имеют худшие репродуктивные исходы по сравнению с женщинами без аденомиоза. Основываясь на ограниченных доступных доказательствах, сообщали, что бесплодные женщины с аденомиозом забеременели после лечения с использованием различных стратегий, что косвенно свидетельствует о плохих репродуктивных результатах у женщин с аденомиозом. Кроме того, хирургическое вмешательство может быть эффективным у женщин с аденомиозом и неудачным ЭКО в анамнезе, хотя последнее открытие может быть частично связано с более высокой частотой ранних выкидышей.

**Заключение.** Несмотря на многовековое изучение аденомиоза матки, вопросы об этиологии, патогенезе, факторах риска, а также о взаимосвязи аденомиоза с бесплодием пациенток остаются до конца неясными и требуют дальнейшего изучения.

## Литература

1. Chapron C. et al. Diagnosing adenomyosis: an integrated clinical and imaging approach // *Human reproduction update*. – 2020. – Vol. 26. – №3. – P. 392–411.
2. Li J.J., Chung J.P., Wang S. et al. The Investigation and Management of Adenomyosis in Women Who Wish to Improve or Preserve Fertility // *BioMed Res. Int.* – 2018.
3. Rowlands I.J. et al. Prevalence and incidence of endometriosis in Australian women: a data linkage cohort study // *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. – 2021. – Vol. 128. – №4. – С. 655–667.
4. Iwasawa T. et al. Effects of localisation of uterine adenomyosis on outcome of in vitro fertilisation/intracytoplasmic sperm injection fresh and frozen-thawed embryo transfer cycles: a multicentre retrospective cohort study // *Reproductive Biology and Endocrinology*. – 2021. – Vol. 19. – №1. – P. 1–11.
5. Szubert M. et al. Adenomyosis and infertility – review of medical and surgical approaches // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2021. – Vol. 18. – №3. – P. 1235.
6. Allaou H., Zetoune A.B., Alhalabi M. Endometriosis and Adenomyosis Effect on IVF Outcome // *Gynecol Reprod Health*. – 2021. – №5 (1). – P. 1–4; Correspondence: Alhalabi M. Division of Reproductive Medicine: Embryology and Genetics. Faculty of Medicine, Damascus University, Damascus, Syria. Received. – 2021. – Vol. 2.

## Возможности эффективной коррекции рецидивирующих нарушений биоценоза влагалища у беременных, инфицированных ВПЧ

**Бибнева Т.Н.**, канд. мед. наук, доц.;  
**Хамошина М.Б.**, докт. мед. наук, проф.  
Российский университет дружбы народов.  
E-mail: bebn@mail.ru; +7 (916) 518 1964.

**Инфицированность беременных вирусом папилломы человека (ВПЧ) варьирует от 5,5 до 65,0% [1, 2]. При этом частота встречаемости ВПЧ-инфекции среди беременных в 1,3–1,5 раза выше в сравнении с небеременными женщинами [3, 4]. Частота сочетания ВПЧ с другими инфекциями в этой когорте достигает более 70%, присутствие бактериальной флоры, *T. vaginalis* и *Candida spp.* при обнаружении ВПЧ высокого онкогенного риска констатируют значимо чаще [3, 5]. Подтверждена взаимосвязь между бактериальным вагинозом (БВ) и ВПЧ-инфекцией, при этом сочетание БВ и ВПЧ у беременных выявляется в 3,5 раза чаще [6–8]. Поэтому крайне актуален поиск эффективных схем терапии рецидивирующих нарушений биоценоза влагалища [9], в том числе у беременных, инфицированных ВПЧ.**

**Ключевые слова:** вирус папилломы человека, дисбиоз, бактериальный вагиноз, вульвовагинальный кандидоз, аэробный вагинит, клиндамицин, деквалиния хлорид, Гинофлор Э.

*Infection of pregnant women with human papillomavirus (HPV) varies from 5.5 to 65.0% [1, 2]. At the same time, the incidence of HPV infection among pregnant women is 1.3–1.5 times higher in comparison with non-pregnant women [3, 4]. The frequency of HPV combination with other infections reaches more than 70%, the presence of bacterial flora, *T. vaginalis* and *Candida spp.* when HPV of high oncogenic risk is detected, it is stated significantly more often [3, 5]. According to the modern paradigm, there is a relationship between bacterial vaginosis (BV) and HPV infection, while the combination of BV and HPV in pregnant women is detected 3.5 times more often [6–8]. Therefore, it is extremely relevant to search for effective treatment regimens for recurrent disorders of vaginal biocenosis [9], including in pregnant women infected with HPV.*

**Keywords:** human papillomavirus, dysbiosis, bacterial vaginosis, vulvovaginal candidiasis, aerobic vaginitis, clindamycin, dequalinium chloride, Gynoflor E.

**Актуальность.** Установлено, что рецидивирующее течение дисбиоза влагалища (N89) наблюдается у 47,3% беременных в сроке гестации 10–16 нед, инфицированных ВПЧ (B97.7). Сравнительный анализ показал, что варианты двухэтапной коррекции нарушений биоценоза влагалища (клиндамицин крем 2% интравагинально + «Гинофлор Э» vs деквалиния хлорид таблетки вагинальные + «Гинофлор Э») в этой когорте обладают сопоставимой эффективностью (выздоровление, соответственно, у 82,1 и 91,5% пациенток,  $p=0,486$ ). Однако комбинация «деквалиния хлорид + «Гинофлор Э» – в 2,6 раза более эффективна в отношении снижения риска рецидива дисбиоза в течение 3 мес после окончания терапии (соответственно, 38,5 и 14,9% пациенток;  $OR = 2,58$ ; 95% ДИ 1,17–5,69;  $p=0,025$ ). При этом коррекция дисбиоза влагалища у беременных, инфицированных ВПЧ, способствует как купированию воспаления со стороны эпителия шейки матки, так и редукции эпителиальных изменений ASC-US в 100% наблюдений.

**Цель исследования** — оценить эффективность местно применяемого антибиотика в сравнении с комбинацией антисептика и препарата, содержащего лактобактерии, в коррекции рецидивирующих нарушений биоценоза влагалища смешанной этиологии у беременных женщин с ВПЧ-инфекцией.

**Материалы и методы.** Обследованы 182 беременные в сроке гестации 10–16 нед с ВПЧ (В97.7), из них в исследовании вошли 86 беременных в сроке 14–16 нед с рецидивирующим дисбиозом влагалища (N89). Методом генерации случайных чисел их рандомизировали на две группы. На первом этапе терапии пациентки I группы (n=39) получали интравагинально антибиотик (клиндамицин крем 2% вагинальный), во II (n=47) — антисептик (деквалия хлорид 10 мг таблетки вагинальные); на втором этапе в обеих группах назначали местно лиофилизат ацидофильных бактерий 50,00 мг (не менее 100 млн жизнеспособных бактерий) + эстриол 0,03 мг таблетки вагинальные («Гинофлор Э»). Результаты рН-метрии, микроскопии влагалищных мазков, ПЦР в реальном времени и цитологического исследования соскоба с поверхности экзо- и эндоцервикса были обработаны с помощью пакета программ Statistica for Windows 10.0 (StatSoft® Inc., США). Для проверки гипотезы об отсутствии межгрупповых различий использовали критерий  $\chi^2$  для четырёхпольной таблицы, различия считали значимыми при  $p < 0,05$ . Относительный риск (ОР) определяли как вероятность предполагаемого положительного исхода в группе, имевшей контакт с лечебным фактором. Контрольное обследование проводили через 14 дней и через 3 мес после лечения.

**Результаты.** Установлено, что для ВПЧ-положительных беременных характерна высокая частота рецидивов дисбиоза влагалища (47,3%) за счёт присутствия у 65,4% в вагинальной микробиоте ассоциаций условно-патогенных микроорганизмов, преимущественно анаэробно-аэробных. После курса лечения выздоровление в I и II группах констатировали, соответственно, у 82,1 и 91,5% пациенток ( $p=0,486$ ). У всех беременных (100%) были купированы клинические проявления воспаления со стороны эпителия шейки матки и зафиксирована редукция эпителиальных изменений ASC-US. Рецидивы в течение 3 мес имели место, соответственно, у 38,5 и 14,9% пациенток (ОР = 2,58; 95% ДИ 1,17–5,69;  $p=0,025$ ).

**Заключение.** Варианты двухэтапной схемы лечения (клиндамицин интравагинально + «Гинофлор Э» vs деквалия хлорид интравагинально + «Гинофлор Э») обладают сопоставимой эффективностью в коррекции рецидивирующих нарушений биоценоза влагалища смешанной этиологии у беременных в сроках 14–16 нед с ВПЧ-инфекцией. Однако комбинация «деквалия хлорид + «Гинофлор Э» в этой когорте в 2,6 раза более эффективна в отношении снижения риска рецидива дисбиоза в течение 3 мес наблюдения. Коррекция дисбиоза влагалища у беременных, инфицированных ВПЧ, способствует не только купированию воспаления со стороны эпителия шейки матки, но и редукции эпителиальных изменений ASC-US.

## Литература

1. Бебнева Т.Н., Дикке Г.Б. Заболевания шейки матки у беременных женщин. Социально-демографические факторы и клиничко-анамнестические факторы риска // Медицинский совет. — 2020. — №13. — С. 131–136.
2. Domza G., Gudleviciene Z., Didziapetriene J. et al. Human papillomavirus infection in pregnant women // Arch. Gynecol. Obstet. — 2011. — №284 (5). — P. 1105–1112.

3. Liu P., Xu L., Sun Y. et al. The prevalence and risk of human papillomavirus infection in pregnant women // Epidemiol. Infect. — 2014. — №142 (8). — P. 1567–1578.

4. Бебнева Т.Н., Дикке Г.Б. Папилломавирусная инфекция и заболевания шейки матки у беременных женщин. Факторы риска социального статуса и репродуктивного и контрацептивного поведения // Гинекология. — 2020. — Т. 22. — №6. — С. 74–79.

5. Бебнева Т.Н., Дикке Г.Б. Рецидивирующие нарушения биоценоза влагалища, ассоциированные с бактериальным вагинозом, у беременных женщин с ВПЧ-инфекцией // Акушерство и гинекология. — 2018. — №9. — С. 55–60.

6. Бебнева Т.Н., Дикке Г.Б. Коррекция рецидивирующих нарушений биоценоза влагалища у беременных, инфицированных вирусом папилломы человека // Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение. — 2018. — №3 (21). — С. 38–46.

7. Gillet E., Meys J.F., Verstraeten H. et al. Bacterial vaginosis is associated with uterine cervical human papillomavirus infection: a meta-analysis // BMC Infect. Dis. — 2011. — №11 (10).

8. Rodriguez-Cerdeira C., Sanchez-Blanco E., Alba A. Evaluation of association between vaginal infections and high-risk human papillomavirus types in female sex workers in Spain // ISRN Obstet. Gynecol. — 2012. — P. 240190.

9. Хамошина М.Б., Маркарян Н.М., Чакчурина И.А. Почему иногда не удаётся справиться с вагинальным дисбиозом? // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2020. — №5 (71). — С. 75–80.

## Особенности диагностики и лечения миокардита у плода на фоне новой коронавирусной инфекции

**Беспалова Е.Д.**, докт. мед. наук, проф., врач-кардиолог, врач УЗИ;

**Кещьян Л.В.**, канд. мед. наук, главный врач.

Наро-Фоминский перинатальный центр.

E-mail: bel555@mail.ru; моб. тел.: +7 (965) 332 2466.

**Проведено доплер-ЭхоКГ-обследование 685 плодов на фоне НКИ у беременных, выявлена высокая встречаемость ЭхоКГ-признаков миокардита у плодов (от 30 до 72%), включая раннее нарушение диастолической функции ЛЖ.**

**Ключевые слова:** COVID-19, миокардит, плод.

We performed echocardiography of 685 fetuses to association SARS-CoV-2 infection during pregnancy and founded high incidence of ultrasound signs of fetal myocarditis (30%–72%), including early diastolic dysfunction of left ventricle.

**Keywords:** COVID-19, myocarditis, fetus.

**Актуальность.** Механизмы воздействия НКИ на миокард плода до конца не ясны. Сложность проблемы определяется невозможностью прямого лабораторно-инструментального обследования плода [1]. Вместе с тем у женщин группы НКИ преждевременные роды составляют 29% [2], рождение маловесных детей 25% [3, 4].

**Цель исследования** — изучить фетальную кардиотоксичность НКИ, диагностические и лечебные подходы при миокардите плода при НКИ.

**Материалы и методы.** Допплер-ЭхоКГ плода выполнена на стационарном ультразвуковом сканере Voluson E10, GE. Обследовано 685 плодов, ассоциированных с НКИ (I группа — беременные перенесли НКИ от 1 до 3 мес до наступления беременности [n=391], II группа — в течение настоящей

беременности [n=294]). Родившиеся дети в возрасте 1 день 3 мес жизни (n=234).

**Результаты.** В I группе беременных (n=391): ЭхоКГ-признаки кардита плода в 30%, аномалии фетальных коммуникаций в 48%, диастолическая дисфункция ЛЖ (12–18 н/г – 10%, 19–28 н/г – 22%, 29–38 н/г – 65%). Во II группе беременных (n=294): ЭхоКГ-признаки кардита в 72%, аномалии фетальных коммуникаций в 77%, диастолическая дисфункция ЛЖ в 37%. У родившихся детей (n=234) выявлены функционирующие фетальные коммуникации до 3 мес в 51% наблюдений, ЭхоКГ-признаки кардита – в 21%. Основное направление лечебного пособия – комплексная метаболическая терапия.

**Заключение.** НКИ, перенесённая беременной, является фактором высокого риска врождённого вирусного кардита (30–72%).

### Литература

1. Kawakami R. et al. Pathological Evidence for SARS-CoV-2 as a Cause of Myocarditis: JACC Review Topic of the Week // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2021.
2. Wu Z., McGoogan J.M. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention // *JAMA.* – 2020. – Vol. 323. – P. 1239–1242.
3. Allotey J., Stallings E., Bonet M. et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis // *BMJ.* – 2020. – Vol. 370. – P. m3320.
4. Delahoy M.J., Whitaker M., O'Halloran A. et al. Characteristics and maternal and birth outcomes of hospitalized pregnant women with laboratory-confirmed COVID-19-COVID-NET, 13 states, March 1–August 22, 2020 // *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* – 2020. – Vol. 69. – P. 1347–1354.

## Беременность, сердце плода и новая коронавирусная инфекция как территория контраверсий

**Беспалова Е.Д.**, докт. мед. наук, проф., врач-кардиолог,  
врач УЗИ;

**Григорьева Д.А.**, врач акушер-гинеколог;

**Кещьян Л.В.**, канд. мед. наук, главный врач.

Наро-Фоминский перинатальный центр.

E-mail: bel555@mail.ru; моб. тел.: +7 (965) 332 2466.

В период 2020–2022 гг. проанализированы течение беременности, состояние сердца плода и исходы в 657 случаях, ассоциированных с новой коронавирусной инфекцией (НКИ), контрольная группа (КГ) – 599 беременных. В группе НКИ высокая частота преэклампсии тяжёлой степени (ПТС) (3,1%), миокардита у плода (72%), маловесных и прошедших через ОРИТ (12,4%) новорождённых без возрастания частоты преждевременных родов (5,9%).

**Ключевые слова:** COVID-19, миокардит, плод, преждевременные роды (ПР).

*We analyzed course of pregnancy, fetal heart and outcomes of 657 fetuses to association SARS-CoV-2 infection for 2020–2022 years. Control cohort was 599. We founded high incidence of a preeclampsia (3,1%), ultrasound signs of fetal myocarditis (72%), low birth weight children (2,9%), The incidence of premature birth was not very*

*high (5,9%) at the same time the children in intensive care were d 12,4%.*

**Keywords:** COVID-19, fetus, arterial hypertension, premature birth.

**Актуальность.** Проблема «вертикальной передачи» НКИ и её влияния на течение беременности и постнатальный прогноз – территория контраверсий [1, 2, 3].

**Цель исследования** – изучить влияние НКИ на течение беременности и плод.

**Материалы и методы.** Обследовано 657 беременных и плодов, соответственно, ассоциированных с НКИ, КГ – 599 женщин. Родившиеся дети в возрасте до 1 мес. доплер-ЭхоКГ плода выполнена на УЗ-сканере Voluson E10, GE. ЭхоКГ женщин и детей – на УЗ-сканере Philips Epiq7.

**Результаты.** ПРПО в группе НКИ 21 против 19% в группе контроля, ПР – 7,4 против 5,6% соответственно. Вместе с тем ПТС в исследуемой группе 3,1 против 1,1%, кровотечения – 2,4 против 0,9%, маловесные дети – 2,9 против 2,3%, прошедшие ОРИТ – 12,4 против 7,3%, ЭхоКГ-признаки кардита плода – 72 против 14% соответственно.

**Заключение.** НКИ, перенесённая беременной, является фактором высокого риска ПТС, врождённого вирусного кардита, рождения маловесных детей и детей, требующих интенсивной терапии.

### Литература

1. Allotey J., Stallings E., Bonet M. et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis // *BMJ.* – 2020. – Vol. 370. – P. m3320.
2. Delahoy M.J., Whitaker M., O'Halloran A. et al. Characteristics and maternal and birth outcomes of hospitalized pregnant women with laboratory-confirmed COVID-19-COVID-NET, 13 states, March 1–August 22, 2020 // *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* – 2020. – Vol. 69. – P. 1347–1354.
3. Wu Z., McGoogan J.M. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention // *JAMA.* – 2020. – Vol. 323. – P. 1239–1242.



# Интеллектуальная элита репродуктивной медицины

 [mars-repro.ru](http://mars-repro.ru)



 [info@mars-repro.ru](mailto:info@mars-repro.ru)

 [spnavigator.ru](http://spnavigator.ru)

## Клинико-иммунологические характеристики шейки матки после хирургической коррекции эктропиона методом расслоения

<sup>1</sup>**Будаев А.И.**, канд. мед. наук, зав. гинекологическим отделением;

<sup>1</sup>**Утишева Е.В.**, врач акушер-гинеколог;

<sup>2</sup>**Смирнова Л.Е.**, канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии стоматологического факультета;

<sup>2</sup>**Стромская У.А.**, член СНО им. Л.И. Фалина;

<sup>2</sup>**Пустовалов Д.А.**, канд. мед. наук, доц., зав. учебной частью кафедры ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни — залог успешного развития».

<sup>1</sup>Клиническая больница «РЖД-Медицина» им. Н.А. Семашко;

<sup>2</sup>Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова.

E-mail: [budaev-2012@yandex.ru](mailto:budaev-2012@yandex.ru);

моб. тел.: +7 (919) 0374624.

В исследование были включены 94 пациентки, 64 из которых были оперированы по поводу деформации шейки матки методом расслоения. Показатели иммуноглобулинов и цитокинов были восстановлены у 90% пациенток с изначально «умеренными» отклонениями от нормы и у 75% женщин с изначально «выраженными» отклонениями. Полученные результаты доказывают эффективность операции методом расслоения и восстановления иммунологического гомеостаза секрета цервикального канала.

**Ключевые слова:** шейка матки, деформация, цервикальная слизь, иммуноглобулины, цитокины.

*The study included 94 patients, 64 underwent surgery for cervical deformity by method of layering. Immunoglobulin and cytokine levels were restored in 90% of patients with initially «moderate» deviations from the norm and in 75% of women with initially «pronounced» deviations. The results obtained prove the effectiveness of the surgical technique by layering for restoring cervical mucus immunological homeostasis.*

**Keywords:** cervix, deformity, cervical mucus, immunoglobulins, cytokines.

**Актуальность.** Рубцовая деформация шейки матки всегда сопряжена с нарушениями иммунитета цервикальной слизи, хроническим воспалением, дистрофическими изменениями цилиндрического эпителия [1, 2], что приводит к нарушению функциональной полноценности шейки матки как «биологического клапана» женской репродуктивной системы [3]. Выявление патогенетических механизмов, лежащих в основе развития данных нарушений, — актуальная задача современной гинекологии, направленная на восстановление функции шейки матки [4, 5].

**Цель исследования** — патогенетическое обоснование применения реконструктивно-пластической операции как метода восстановления анатомии шейки матки и иммунологического гомеостаза цервикальной слизи и оценка его эффективности.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 94 пациентки, соответствующие критериям включения. 64 женщины из них были оперированы по поводу рубцовой деформации шейки матки методом расслоения. У всех пациенток до операции и через 6 мес после её проведения

определяли содержание иммуноглобулинов и провоспалительных цитокинов в цервикальной слизи.

**Результаты.** Хороший эффект операции был достигнут у всех 64 прооперированных женщин. При оценке содержания иммуноглобулинов и цитокинов было определено, что показатели иммунитета были восстановлены у 90% пациенток с изначально «умеренными» отклонениями от нормы и у 75% женщин с изначально «выраженными» отклонениями.

**Заключение.** Доказана эффективность выполнения операции методом расслоения для лечения деформации шейки матки, обеспечивающей восстановление иммунологического гомеостаза секрета цервикального канала; обоснованы патофизиологические механизмы данного эффекта.

### Литература

1. Галачиев О.В., Будаев А.И., Гуревич Б.А. и др. Новый аспект в изучении патологии цилиндрического эпителия шейки матки // Вестник последипломного медицинского образования. — 2016. — №3. — С. 88–89.
2. Смирнова С.О., Галачиев О.В., Макеева Д.И. и др. Современные представления о морфологии эндоцервикса и заболеваниях, связанных с нарушением его структуры // Вестник последипломного медицинского образования. — 2018. — №3. — С. 33–39.
3. Владимирова Е.В., Ковалык В.П., Мураков С.В. и др. Анализ распространённости инфекций, передаваемых половым путём, в России, по данным федеральной лабораторной сети // Клиническая практика. — 2019. — №10 (3). — С. 35–41.
4. Серёгин А.А., Макеева Д.И., Семёнова В.И. и др. Актуальный аспект в лечении заболеваний, передающихся половым путём: научный подход и клинические реалии // Вестник последипломного медицинского образования. — 2020. — №1. — С. 12–14.
5. Давыдов А.И., Попков С.А., Утишева Е.В. и др. Хирургия как метод иммунокоррекции // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2022. — Т. 21. — №1. — С. 36–42.

## Овариальный резерв и морфотипы опухолей у пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников и бесплодием

**Вартамян С.Л.**, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения №2;

**Гаспаров А.С.**, докт. мед. наук, проф. кафедры гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО;

**Дорфман М.Ф.**, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО, зав. гинекологическим отделением №2;

**Дубинская Е.Д.**, докт. мед. наук, проф. кафедры гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО;

**Губанова Е.В.**, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения №2.

Российский университет дружбы народов;

Городская клиническая больница им. С.С. Юдина, г. Москва.

Email: [sur457@mail.ru](mailto:sur457@mail.ru);

моб. тел.: +7 (903) 263 3221.

В результате исследования гормональных маркёров, эхографических показателей и морфологических данных 120 пациенток с бесплодием, оперированных по поводу эндометриозных кист, серозных цистаденом и дермоидных кист яичников, диагностировано снижение овариального резерва до и после

оперативного лечения в следующей последовательности: 1 – эндометриоидные кисты; 2 – цистаденомы; 3 – дермоидные кисты.

**Ключевые слова:** эндометриома, серозная цистаденома, дермоидная киста, бесплодие, морфотип, цистэктомия, овариальный резерв.

*As a result of the study of hormonal markers, ultrasound parameters and morphological data of 120 patients with infertility operated about endometrial cysts, serous cystadenomas and dermoid cysts, a decrease in ovarian reserve was diagnosed before and after surgical treatment in the following sequence: 1 – endometrioid cysts, 2 – cystadenomas, 3 – dermoid cysts.*

**Keywords:** endometrial cysts, serous cystadenoma, dermoid cyst, infertility, morphotype, cystectomy, ovarian reserve.

**Актуальность.** Влияние доброкачественных новообразований яичников на репродуктивный потенциал женщин является одной из актуальных проблем современной гинекологии [1, 4]. Среди всех опухолей женских половых органов второе место занимают опухоли яичников [3]. Частота оперативного лечения женщин репродуктивного возраста по поводу доброкачественных новообразований яичников составляет 7–25% [2].

В то же время остаётся открытым вопрос морфофункционального состояния яичников и состояния репродуктивной функции у пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников и бесплодием после оперативного лечения.

**Цель исследования** – определить состояние овариального резерва у пациенток с эндометриоидными кистами яичников, серозными цистаденомами и дермоидными кистами яичников в сочетании с бесплодием до и после оперативного вмешательства.

**Материалы и методы.** В исследование включены 120 пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников и бесплодием. I группу составили 50 пациенток с эндометриоидными кистами яичников размером 5–6 см и бесплодием. Во II группу включены 40 пациенток с серозными цистаденомами размером 5–6 см и бесплодием. III группу составили 30 пациенток с дермоидными кистами яичников размером 5–6 см и бесплодием. Исследованы гормональные, эхографические и доплерометрические показатели овариального резерва до оперативного лечения и через 6 мес после операции. Всем пациенткам была выполнена цистэктомия лапароскопическим доступом.

**Результаты.** У всех пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников и бесплодием в дооперационном периоде отмечено снижение овариального резерва по сравнению с контрольной группой. В послеоперационном периоде отмечено снижение овариального резерва во всех группах. По данным эхографии в I группе количество АФ составляло в среднем  $2,5 \pm 1,0$ ; во II группе  $3,7 \pm 0,7$ ; в III группе  $4,6 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ). По данным доплерометрии в I группе ИВ и ИК составили  $1,52 \pm 0,3$  и  $25,4 \pm 1,5$ ; во II группе  $0,95 \pm 0,4$  и  $23,6 \pm 0,5$ ; в III группе  $0,8 \pm 0,3$  и  $21,8 \pm 1,0$  соответственно ( $p < 0,05$ ). По данным гормонального обследования также отмечено снижение овариального резерва во всех группах: показатели АМГ в I группе составили  $1,3 \pm 0,2$ ; во II группе  $1,62 \pm 0,4$ ; в III группе  $1,78 \pm 0,2$ . При выполнении лапароскопической цистэктомии отмечены следующие особенности: при удалении эндометриоидных кист в большинстве случаев отмечали применение прицельной аргоноплазменной коагуляции кровоточащих сосудистых зон в 80% (40) случаев, при цистаденомах – в 60% (24) случаев, при дермоидных кистах – в 20% (шесть) случаев.

**Заключение.** У женщин с доброкачественными новообразованиями яичников и бесплодием при одинаковом размере опухоли снижение овариального резерва имеет следующую последовательность в зависимости от морфотипа: 1 – эндометриоидные кисты; 2 – цистаденомы; 3 – дермоидные кисты.

## Литература

1. Кузнецова Е.П., Тетелюткина Ф.К. Хирургический подход к восстановлению репродуктивной функции. – 2010.
2. Вартамян С.Л., Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д. и др. Отдалённые результаты лечения пациенток с бесплодием и эндометриоидными кистами яичников // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2017. – Т. 16. – № 5. – С. 33–36.
3. Гаспаров А.С., Жордания К.И., Паяниди Ю.Г. и др. Онкогинекологические аспекты кистозных образований яичников // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2013. – № 8. – С. 9–13.
4. Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д. Эндометриоз и бесплодие: инновационные решения. – М.: Медицинское информационное агентство, 2013. – С. 23.

## Структура гинекологических заболеваний у студенток медицинского вуза

**Винокурова Е.А.,** докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии;

**Елисеева В.В.,** врач акушер-гинеколог университетской клиники;

**Кидирниязова К.С.,** студентка лечебного факультета.

Тюменский государственный медицинский университет.  
E-mail: vinokurovaeleena@mail.ru; моб. тел.: +7 (912) 994 1470.

**Ретроспективный анализ показателей профилактического осмотра студенток медицинского вуза выявил высокую частоту воспалительных заболеваний женских половых органов (65%). Наиболее частой нозологической формой у девушек-студенток является неспецифический вагинит (55%).**

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, гинекологические заболевания.

*A retrospective analysis of the indicators of preventive examination of female students of a medical university revealed a high incidence of inflammatory diseases of the female genital organs (65%). The most common gynecological diseases in female students is nonspecific vaginitis (55%).*

**Keywords:** reproductive health, gynecological diseases.

**Актуальность.** Студенчество – этот возрастной период больше всего подвержен неблагоприятным факторам, которые ведут к увеличению гинекологических заболеваний и, как следствие, к ухудшению демографической ситуации в стране. На здоровье девушки-студентки как будущей матери оказывают влияние физическое развитие женского организма с присущими ему репродуктивными функциями; социально-психологические потребности и установки в области сексуального и репродуктивного поведения; состояние соматического здоровья и гинекологическая заболеваемость; осведомлённость о применении на практике методов предупреждения нежелательной беременности; доступность медицинской помощи (своевременная диагностика, лечение и профилактика осложнений расстройств репродуктивной сферы, а также развитость потребности в обращении за квалифицированной медицинской помощью) [1–3]. Важнейшая задача практического здравоохранения

ранения – раннее выявление заболеваний репродуктивной системы, оздоровление организма будущей матери, выделение групп риска с высокой вероятностью развития проблемной беременности, родов и перинатальных осложнений [3–5].

**Цель исследования** – изучить структуру и возрастные особенности гинекологических заболеваний у студенток медицинского вуза.

**Материалы и методы.** Был проведён ретроспективный анализ показателей профилактического осмотра студенток медицинского вуза (г. Тюмень) в 2021 г. Всего обследовано 3500 женщин в возрасте от 17 до 23 лет.

**Результаты.** Гинекологические заболевания выявлены у 1783 девушек-студенток (51%). Структура выявленных гинекологических заболеваний: первичная дисменорея (ПД) – 592 случая (33%), вторичная аменорея (ВА) – 33 (2%), неспецифический вагинит (НВ) – 975 (55%), цервицит – 183 случая (10%). Всем пациенткам было проведено дообследование в условиях университетской клиники Тюменского государственного медицинского университета и назначена терапия выявленных заболеваний. При анализе возрастного состава пациенток с воспалительными заболеваниями женских половых органов (НВ и цервицит, всего 1158 женщин) выявлено: 17 лет – 20%, 18 лет – 24%, 19 лет – 17%, 20 лет – 11%, 21 год – 14%, 22 года – 8%, 23 года – 6%. Наличие опыта половой жизни у девушек-студенток в возрасте 17 лет составило 17%, в 18 лет – 28%, в 19 лет – 27%.

**Заключение.** Ретроспективный анализ показателей профилактического осмотра студенток медицинского вуза выявил высокую частоту воспалительных заболеваний женских половых органов (65%). Наиболее частым гинекологическим заболеванием у девушек-студенток является неспецифический вагинит (55%). Воспалительные заболевания женских половых органов наиболее часто выявлены в возрасте 18 (24%) и 17 (20%) лет.

## Литература

1. Захарова А.И., Свинтицкая А.В., Юровских К.С. К вопросу о репродуктивном здоровье девушек-студенток // Образование и наука в современных реалиях: Сборник материалов X Международной научно-практической конференции. – 2019. – С. 13–16.
2. Мокшина Д.В. Особенности клинической характеристики у пациенток с патологией придатков матки // Неделя молодёжной науки – 2022: Материалы Всероссийского научного форума с международным участием. – Тюмень, 2022. – С. 33.
3. Нестеренко Д.О. Исследование репродуктивного здоровья населения в его взаимосвязи с влиянием факторов окружающей среды // Студент. Аспирант. Исследователь. – 2018. – №10 (40). – С. 111–125.
4. Баранов В.Н., Винокурова Е.А., Хвоцица Т.Н. Современная физиотерапевтическая техника и технологии в репродуктологии: Монография. – Тюмень: ТИУ, 2021. – 160 с.
5. Котенко Н.В., Борисевич О.О. Возможности применения естественных и преформированных физических факторов в прегравидарной подготовке женщин с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки: научный обзор // Арбатские чтения: Сборник научных трудов. – М., 2021. – С. 27–36.

## Эффективность цитологического и морфологического методов исследования при патологических изменениях шейки матки

<sup>1,2</sup>**Воронова О.В.**, зав. отделением патологической анатомии, ассистент кафедры судебной медицины;

<sup>2</sup>**Карапетян К.К.**, <sup>2</sup>**Зеленкова В.Н.**, <sup>2</sup>**Акименко М.А.**,  
**Колесников Г.Д.**

<sup>1</sup>Клиническая больница «РЖД-Медицина»;

<sup>2</sup>Ростовский государственный медицинский университет.

E-mail: 9043401873@mail.ru;

моб. тел.: +7 (904) 340 1873.

**В настоящее время проблема заболеваний шейки матки остаётся одной из самых значимых в современной гинекологии. Несмотря на успехи в диагностике и лечении заболеваний шейки матки, она составляет значительный удельный вес в структуре гинекологических заболеваний. Это объясняется разнообразием патологических состояний шейки матки и потенциальным риском их злокачественной трансформации. Роль цитолога и патоморфолога в диагностике патологических процессов данной локализации остаётся первостепенной и важной.**

**Ключевые слова:** заболевания шейки матки, эпителий, жидкостная цитология, морфологическое исследование.

*Currently, the problem of Cervix Disorders is one of the most significant areas of gynecology. Despite advances in the diagnosis and treatment of cervical lesions, it is a major component of gynecological pathology. This is explained by the variety of pathological conditions of the cervix and the potential risk of their malignization. The role of the cytologist and pathologist of paramount importance for early diagnosis of pathological processes in a given localization.*

*Keywords: cervical pathology, epithelium, liquid-based cytology, morphological study.*

**Актуальность.** Рак шейки матки (РШМ) ежегодно становится причиной смерти 250 тыс. женщин во всём мире. Однако значительную часть неблагоприятных исходов можно предотвратить при организованном скрининге и своевременном выявлении и лечении предраковых заболеваний или носительства вируса папилломы человека. Во многих странах существуют государственные программы скрининга РШМ, в ходе которых проводится осмотр и цитологическое исследование с последующим лечением в случае выявления заболевания. В странах, где были реализованы программы скрининга РШМ, в последние 20 лет было зарегистрировано значимое снижение ассоциированной с РШМ заболеваемости и смертности [1–3]. В РФ РШМ является довольно распространённым заболеванием. Показатель заболеваемости РШМ в 2017 г. составил 15,8 случая на 100 тыс. женщин, что намного выше, чем в развитых странах: 5,0 на 100 тыс. человек (в Финляндии – 3,7). Удельный вес больных РШМ, выявленных активно, от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом составляет 41,8%, и у каждой третьей женщины (32,6%) опухоль диагностируется в запущенной стадии (III–IV) [4, 5].

**Цель исследования** – на основании результатов жидкостной цитологии, гистологического исследования биопатов шейки матки оценить возможности совокупности применения методов в диагностике заболеваний шейки матки, их диагностическую значимость.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные жидкостной цитологии (ЖЦ) и гистологических заключений биопсийного материала от 240 женщин с различными заболе-

ваниями шейки матки (воспалительные, реактивные, предопухольевые и неопластические процессы). Средний возраст составил 25,4±4,1 года, пациентки имели изменения в кольпоскопической картине различного характера (атипичные сосуды, ацетобелый эпителий, йоднегативные зоны, мозаичность).

**Результаты.** Проведена корреляция данных ЖЦ и результатов гистологического исследования с данными кольпоскопии и клинической картины у пациенток с различными заболеваниями шейки матки в сочетании с носительством ВПЧ.

У 184 (76,6%) пациенток из 240 обследованных обнаружены признаки хронического воспаления разной степени выраженности. При анализе гистологического материала воспалительная инфильтрация выявлена у 214 пациенток (89,1%).

Реактивные процессы в препаратах ЖЦ были представлены следующими изменениями: в 132 (55,0%) случаях – признаки пара- и гиперкератоза в 43 (17,9%) – явления дискератоза, в 23 (9,58%) – реактивные железистые изменения, в 21 (8,75%) – атипия неясного значения плоского эпителия, в 49 (20,4%) – неоплазия низкой степени, в 14 (5,83%) случаях – неоплазия высокой степени.

При гистологическом исследовании материала биопсий шейки матки результаты распределились следующим образом: пара- и гиперкератоз наблюдался в 112 случаях (46,66%), железистая гиперплазия эндоцервикса выявлена в 78 случаях (32,5%), неоплазия низкой степени – в 39 случаях (16,25%), тяжёлой степени в 12 случаях (5,0%).

Реактивные изменения эпителия шейки матки – распространённая группа различных изменений эпителиального пласта, включающая в себя изменения, мимикрирующие под неопластические процессы как результат воспаления, либо других воздействий на клетки [3]. В нашем исследовании эти изменения разной степени выраженности были выявлены и в цитологическом, и в морфологическом материале во всех случаях. При использовании ЖЦ в диагностике степень изменений была близка к результатам морфологических заключений, что говорит о высокой чувствительности и информативности этого метода.

В случаях с неоплазией высокой степени эпителия было проведено иммуногистохимическое исследование с антителами к p16 и Ki-67.

Для своевременной диагностики неопластических изменений в эпителии шейки матки следует использовать комплекс мероприятий (жидкостную цитологию, ВПЧ-тестирование, при необходимости выполнять биопсию с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием). Остаётся большое количество спорных вопросов в отношении трактовки цитологических и морфологических заключений, возникают трудности интерпретации реактивных процессов, которые зачастую трудно отделить от истинных предопухольевых состояний, тактики ведения, лечения пациенток с данным заболеванием, в этой связи важен совместный подход в диагностике цитолога и патологоанатома, так как комплексное изучение проблемы шейки матки с различных сторон позволит повысить уровень ранней диагностики и снизить заболеваемость у женщин репродуктивного периода.

## Литература

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2020 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2021. – 239 с.
2. Рак шейки матки: Клинические рекомендации. – 2020.

3. Прилепская В.Н., Коган Е.А., Трофимов Д.Ю. Возможности диагностики и лечения заболеваний шейки матки // Акушерство и гинекология. – 2013. – №9. – С. 90–96.

4. Нейштадт Э.Л., Крулевский В.А. Дифференциальная диагностика опухолей шейки матки. – СПб., 2012. – С. 306.

5. Опухоли шейки матки. Морфологическая диагностика и генетика: Руководство для врачей / Под ред. Ю.Ю. Андреевой, Г.А. Франка. – М.: Практическая медицина, 2012. – 116 с.

## Анализ морфологических изменений плацент при преэклампсии: прогноз для новорождённого

<sup>1</sup>Воронова О.В., зав. отделением патологической анатомии;

<sup>2</sup>Михалёва Л.М., докт. мед. наук, директор.

<sup>1</sup>Клиническая больница «РЖД-Медицина», г. Ростов-на-Дону;

<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт морфологии человека им. А.П. Авцына Российского научного центра хирургии им. Б.В. Петровского.

E-mail: 9043401873@mail.ru;

моб. тел.: +7 (904) 340 1873.

**При преэклампсии необходим комплексный анализ состояния фетоплацентарного комплекса с целью диагностики плацентарной недостаточности, оценки прогноза состояния и дальнейшего развития новорождённого. Задача патологоанатома – максимально точно интерпретировать морфологические изменения и освещать их в заключениях для неонатологов, педиатров для выбора тактики профилактического лечения.**

**Ключевые слова:** преэклампсия, плацента, облитерирующая ангиопатия, морфологическое исследование, прогноз.

*In preeclampsia, a comprehensive analysis of the fetoplacental complex is necessary in order to diagnose placental insufficiency, assess the prognosis of the condition and further development of the newborn. The task of the pathologist is to interpret morphological changes as accurately as possible and highlight them in the conclusion for neonatologists, pediatricians to choose preventive treatment tactics.*

**Keywords:** preeclampsia, placenta, obliterative angiopathy, morphological study, predict.

**Актуальность.** Внедрение методов ускоренного приготовления микропрепаратов послесуда существенно повысило значение этих исследований в ранней диагностике неонатальных и акушерских отклонений и поставило их на уровень перво-степенных клинических методов оценки состояния новорождённых и родильниц [1].

При преэклампсии необходим комплексный анализ состояния фетоплацентарного комплекса с целью диагностики плацентарной недостаточности, оценки прогноза состояния и дальнейшего развития новорождённого [2–4]. Задача патологоанатома – максимально точно интерпретировать морфологические изменения и освещать их в заключениях для неонатологов, педиатров для выбора тактики профилактики и лечения.

**Цель исследования** – анализ морфологических изменений плацент при преэклампсии, корреляция с состоянием новорождённых и прогнозом развития гипоксически-гемодинамических нарушений.

**Материалы и методы.** В работе исследовано 100 плацент от женщин, страдавших преэклампсией разной степени тяжести

(умеренная, тяжёлая преэклампсия, преэклампсия в сочетании с экстрагенитальными заболеваниями), а также 20 плацент от здоровых женщин. Проводились макро- и микроскопическое исследования, морфометрия структур плацент с акцентом на сосудистом русле створчатых ворсин. Для морфометрических исследований была использована автоматизированная система гистологического анализа с использованием аппаратно-программного модуля Leica Application Suite на базе микроскопа Leica DM4000B. Все статистические процедуры проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft).

**Результаты.** В ходе исследования проанализирована динамика органометрических, микроморфометрических показателей створчатых ворсин и их сосудов при преэклампсии различной степени тяжести. Проведённый комплексный анализ позволил объективизировать и сопоставить компоненты структурной организации плацент при преэклампсии в свете особенностей компенсаторно-приспособительных реакций сосудистого русла створчатых ворсин. Наибольшая выраженность артериолоспазма в створчатых ворсинах наблюдалась при сочетании преэклампсии тяжёлой степени с экстрагенитальными заболеваниями. Длительно существующая облитерирующая ангиопатия створчатых ворсин ведёт к уменьшению объёма капиллярной крови, образованию нефункциональных групп ворсин и нарушениям гемодинамики, к тромбообразованию и ишемическим инфарктам плаценты. Исходом этого процесса является прогрессирование плацентарной недостаточности, задержка внутриутробного развития плода, обусловленная угнетением различных функций плаценты.

**Заключение.** Улучшению состояния плода при применении лекарственного воздействия на сосуды матки и плаценты могут объективно мешать необратимые изменения сосудов ворсин и плодной части плаценты, поэтому исследование плаценты остаётся крайне важным в перинатальной диагностике, позволяя выявить «группу риска» среди новорождённых. Тактика выбора профилактики и лечения, а также его объём во многом зависит от субъективного врачебного фактора – теоретической подготовленности врача, его практического опыта, знания смежных дисциплин. Структурные изменения плаценты ведут к развитию гипоксически-гемодинамических нарушений и поражению нервной системы, что в дальнейшем может приводить к дезадаптации детей. В настоящий момент на основе опыта работы патоморфологов важно разработать чёткий алгоритм объективного прогнозирования структурных изменений плаценты, который поможет врачам-клиницистам принимать необходимые решения для профилактических мероприятий и прогноза состояния новорождённых.

## Литература

1. Милованов А.П. Патология системы «мать–плацента–плод»: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1999. – 448 с.
2. Михалева Л.М., Грачева Н.А., Бирюков А.Е. Клинико-анатомические аспекты преэклампсии: современные особенности течения // *Архив патологии*. – 2018. – №80 (2). – С. 11–17.
3. Nasyrov R.A., Sidorova N.A., Melnikova V.F., Fedotova E.P. Morphological and Immunohistochemical Features of Placental Damage in Cases of Perinatal Death: Institutional Experience with Emphasis on Viral Etiology // *Annals of clinical and laboratory science*. – 2020. – №50 (6). – P. 754–760.
4. Benirschke K., Burton G.J., Baergen R.N. *Pathology of the human placenta*. – 6<sup>th</sup> ed. – Berlin – Heidelberg: Springer-Verlag, 2012. – 939 p.

## Прогностическая значимость клинико-лабораторных и ультразвуковых показателей простой и клеточной миомы матки

**Гаспаров А.С.**, докт. мед. наук, проф. кафедры гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО;

<sup>1,2</sup>**Дорфман М.Ф.**, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО; зав. гинекологическим отделением №2;

<sup>1</sup>**Дубинская Е.Д.**, докт. мед. наук, проф. кафедры гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО;

<sup>2</sup>**Губанова Е.В.**, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения №2;

<sup>2</sup>**Вартанян С.Л.**, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения №2.

<sup>1</sup>Российский университет дружбы народов;

<sup>2</sup>Городская клиническая больница им. С.С. Юдина, г. Москва.

Email: dorfmanmark@yahoo.com;

моб. тел.: +7 (926) 446 4434.

**В результате ретроспективного анализа 458 клинико-anamnestических и эхографических параметров 100 пациенток, которым была выполнена миомэктомия и проведено иммуногистохимическое исследование, выявлено 20 значимых маркёров для дифференциальной диагностики простой и клеточной миомы матки. Разработанная балльная шкала прогнозирования степени пролиферативной активности миомы матки позволяет с точностью 83,5% прогнозировать морфотип миомы матки.**

**Ключевые слова:** миома матки; простая, клеточная лейомиома матки; прогнозирование морфотипа миомы матки.

*As a result of the retrospective analysis of 458 clinical, anamnestic and ultrasound criteria of 100 patients, who underwent laparoscopic myomectomy and immunohistochemistry, identified 20 significant markers for differential diagnosis of usual-type and cellular uterine leiomyoma. The developed scoring system for the prognosis of uterine leiomyoma proliferative activity allowed us to predict the morphotype of uterine leiomyoma with an accuracy of 83.5%.*

*Keywords:* uterine leiomyoma, usual-type, cellular uterine leiomyoma, uterine leiomyoma morphotype prognosis.

**Актуальность.** Лейомиома матки (ЛМ) – доброкачественная опухоль, занимает второе место в структуре гинекологических заболеваний и встречается у 70–80% женщин репродуктивного возраста [1].

Прогнозирование роста ЛМ напрямую связано с её морфотипом, который невозможно достоверно определить до оперативного вмешательства с последующим иммуногистохимическим анализом (ИГХ) [2]. Целесообразность и своевременность хирургического лечения зависит от возможностей прогнозирования морфотипа миомы матки [3]. Различная степень пролиферативной активности ЛМ требует персонализированного подхода к ведению пациенток, ввиду чего актуален поиск новых методов диагностики её морфотипов.

**Цель исследования** – оценить прогностическую значимость клинико-лабораторных и ультразвуковых критериев простой и клеточной ЛМ.

**Материалы и методы.** 100 пациенткам в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 35,4±6,4 года) была произведена миомэктомия лапароскопическим доступом с последующим ИГХ-исследованием (маркёр пролиферативной активности –

IX Общероссийский  
конференц-марафон

16–18 февраля 2023 года  
Санкт-Петербург

ОЧНО

**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА:**  
от прегравидарной подготовки  
к здоровому материнству и детству

Отель «Санкт-Петербург»  
(Пироговская наб., д. 5/2)

**ПРИГЛАШАЕМ  
К УЧАСТИЮ!**



StatusPraesens  
*profmedia*



+7 (495) 109 2627, 8 (800) 600 3975



ova@praesens.ru



praesens



praesens.ru



praesensaig

Участвовать



Ki-67). Сформированы две группы: первая группа – 79 пациенток с простой миомой матки, вторая – 21 пациентка с клеточной миомой матки. Ретроспективный анализ по группам включал анализ клинико-лабораторных данных, молекулярно-генетическое исследование, оценку ультразвуковых показателей, полученных на аппарате экспертного класса Voluson E10 Expert GE Healthcare.

**Результаты.** Было проанализировано 458 клинико-anamnestических и эхографических параметров всех пациенток. В результате статистического и математического анализов выявлено 20 значимых маркеров для дифференциальной диагностики простой и клеточной ЛМ с определением в баллах удельного веса параметра: менометроррагия, дисменорея, анемия, сывороточное железо, генетический анамнез, MED12, HMG2, подслизистые узлы ЛМ в сочетании со множественностью узлов, множественная локализация узлов, быстрый рост узлов, ЛМ в сочетании с доброкачественными гиперпластическими процессами эндометрия, ЛМ в сочетании с гиперпластическими процессами молочной железы, рост узлов ЛМ во время беременности, множественная локализация узлов, интранодулярный кровоток, периферическая васкуляризация, IR, PI, Vmax узла med, VI med, индекс артериальной перфузии. Максимальная оценка составила 39 баллов. При суммарном наборе 20 баллов и более прогнозируется высокий риск клеточной ЛМ, в то же время при сумме баллов менее 20 выше прогностическая вероятность простой ЛМ.

**Заключение.** Разработанная балльная шкала прогнозирования степени пролиферативной активности ЛМ позволяет с точностью 83,5% прогнозировать морфотип ЛМ.

## Литература

1. Marsh E.E., Al-Hendy A., Kappus D. et al. Prevalence, and Treatment of Uterine Fibroids: A Survey of U.S. Women // *J. Womens Health (Larchmt)*. – 2018. – Vol. 27. – №11. – P. 1359–1367.
2. Озерская И.А., Девицкий А.А. Ультразвуковая дифференциальная диагностика узлов миометрия в зависимости от гистологического строения опухоли // *Медицинская визуализация*. – 2014. – №2. – С. 110–121.
3. Цхай В.Б., Бадмаева С.Ж., Наркевич А.Н. и др. Прогностическая модель для расчета вероятности возникновения рецидива миомы матки после оперативного вмешательства // *Фундаментальная и клиническая медицина*. – 2021. – №6 (3). – С. 64–70.

## Оценка нетоз-трансформированных фагоцитов (ДНК-ловушек) у беременных с плацентарной недостаточностью, ассоциированной с тромбофилией

**Гаспарян С.А.**, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры урологии, детской урологии-андрологии, акушерства и гинекологии;  
**Орфанова И.А., Ахмедова С.М., Кассина Д.В., Василенко И.А.**  
ИДПО Ставропольского государственного медицинского университета.

E-mail: prof-gasp55@yandex.ru; моб. тел.: +7 (962) 401 9121.

Установлено статистически значимое ( $p < 0,0001$ ) увеличение %НВЛ у беременных с тромбофилией по сравнению с физиологической беременностью (12,6 vs 5,7%). Полученные результаты позволяют предполагать возможность использования %НВЛ в качестве маркера состояния фетоплацентарной системы.

**Ключевые слова:** нейтрофильные внеклеточные ловушки, беременность, плацентарная недостаточность, тромбофилия.

*There was a statistically significant ( $p < 0,0001$ ) increase in %NVL in pregnant women with thrombophilia compared with physiological pregnancy (12.6 vs 5.7%). These results suggest the possibility of using %NVL as a marker of the state of the fetoplacental system.*

*Keywords:* neutrophil extracellular traps pregnancy, placental insufficiency, thrombophilia.

**Актуальность.** Благоприятное течение беременности зависит от адекватного плацентарного кровообращения [1, 2]. К настоящему времени распространённость плацентарной недостаточности (ПН) составляет от 7,6 до 38,4%, значительно возрастая до 46–54% при сопутствующей экстрагенитальной патологии и других осложнениях гестации [3, 4]. Эти данные демонстрируют актуальность проблемы ПН в современном акушерстве и обуславливают необходимость дальнейшего изучения данной проблемы с целью совершенствования методов ранней диагностики и выработки оптимальной тактики ведения пациенток на основе использования новых биомаркеров.

**Цель исследования** – оценить диагностическую ценность определения уровня NETs у беременных с ПН, ассоциированной с тромбофилией.

**Материалы и методы.** Обследованы 37 беременных в возрасте от 19 до 36 лет (медиана – 29 лет) на сроке гестации от 16 до 29 нед (медиана – 23 нед) с тромбофилией (дефицит протеина S/протеина С) и субкомпенсированной плацентарной недостаточностью, проявляющейся нарушением маточно-плодово-плацентарного кровотока IБ–II степени, задержкой роста плода I–II степени (замедление прироста показателей предполагаемой массы плода [ПМП] и/или окружности живота [ОЖ] менее 10-го перцентиля в сочетании с патологическими показателями кровотока по данным ультразвуковой доплерографии; или значения ПМП и/или [ОЖ] менее 3-го перцентиля) и маловодием (МВК жидкости – менее 2 см, индекс амниотической жидкости – менее 5 см). Контрольную группу составили 34 женщины в возрасте от 21 до 35 лет с физиологическим течением беременности. Из 2 мкл цельной венозной крови готовили мазки по типу «монослой» и окрашивали по Романовскому-Гимзе, подсчитывали 200 клеточных структур, включая нативные неразрушенные нейтрофилы (Nnat) и НВЛ (ННВЛ), с помощью системы автоматической микроскопии МЕКОС-Ц2 (ООО «Медицинские компьютерные системы» [МЕКОС], Россия). Уровень НВЛ (%НВЛ) в мазке, отражающий долю нетотически трансформированных нейтрофилов, циркулирующих в периферической крови, рассчитывали по формуле:

$$\%НВЛ = ННВЛ / (ННАТ + ННВЛ),$$

где ННВЛ – количество нейтрофильных внеклеточных ловушек; ННАТ – количество нативных нейтрофилов.

Статистический анализ проводили с помощью программы SPSS Statistics 21.0. Для всех видов анализа статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Уровень НВЛ у беременных с физиологическим течением беременности в среднем составил  $5,7 \pm 2,7\%$  (1,8–11,9%), в то время как при осложнённой беременности %НВЛ был статистически значимо ( $p < 0,0001$ ) увеличен:  $12,6 \pm 4,1\%$  (2,9–18,6%). Является очевидным, что образование НВЛ направлено на реализацию защитных реакций, осуществляемых клеточными элементами неспецифической иммунной защиты организма. Однако неконтролируемый нетоз приводит к избыточному появлению NETs, токсичных для организма,

способствует прогрессированию воспалительных и аутоиммунных процессов, провоцирует развитие тромбозов [5].

**Заключение.** Полученные результаты демонстрируют значение NETs в патогенезе фетоплацентарной недостаточности, в нарушениях, связанных с риском тромбоэмболических осложнений при беременности. Оценка %НВЛ может способствовать прогнозированию угрозы тромбоза и своевременному проведению адекватной и обоснованной прегравидарной профилактики.

## Литература

1. Cohen H., Cuadrado M.J., Erkan D. et al. 16th International Congress on Antiphospholipid Antibodies Task Force Report on Antiphospholipid Syndrome Treatment Trends // *Lupus*. – 2020. – Vol. 29. – №12. – P. 1571–1593.
2. Бицадзе В.О., Макацария А.Д., Хизроева Д.Х. и др. Тромбофилия как важнейшее звено патогенеза осложнений беременности // *Практическая медицина*. – 2012. – №9 (65). – С 24–31.
3. Филиппов О.С. Плацентарная недостаточность. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 160 с.
4. Харкевич О.Н., Милов А.И. Роль наследственных и приобретённых тромбофилий в патогенезе самопроизвольного аборта и привычной потери беременности // *Таврический медико-биологический вестник*. – 2015. – №1 (18) – С. 127–131.
5. De Bont C.M., Boelens W.C., Puijn G.J.M. NETosis, complement, and coagulation: a triangular relationship // *Cell. Mol. Immunol.* – 2019. – №16 (1) – P. 19–27

## Интегральная оценка нарушений гемостаза у пациенток с тромбофилией и осложнённым течением беременности

**Гаспарян С.А.**, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры урологии, детской урологии-андрологии, акушерства и гинекологии;  
**Ахмедова С.М., Орфанова И.А., Фомичева А.А., Василенко И.А.**  
ИДПО Ставропольского государственного медицинского университета.  
E-mail: prof-gasp55@yandex.ru; моб. тел.: +7 (962) 401 9121.

**Рутинные показатели гемостаза могут быть недостаточно чувствительными к состоянию гиперкоагуляции. Использование интегрального анализа позволяет получить новую информацию об особенностях формирования, биофизических свойствах и структуре фибринового сгустка. Полученные данные открывают возможность прогнозирования риска тромбоза и персонализированного применения антикоагулянтной терапии у беременных с тромбофилией.**

**Ключевые слова:** тромбодинамика, гиперкоагуляция, беременность, тромбофилия.

*Routine indexes of hemostasis may be insufficiently sensitive to the state of hypercoagulation. The use of integral analysis provides new information on the peculiarities of formation, biophysical properties and structure of fibrin clot. The data obtained open up the possibility of predicting the risk of thrombosis and the personalized use of anticoagulant therapy in pregnant women with thrombophilia.*

**Keywords:** thrombodynamics, hypercoagulation, pregnancy, thrombophilia.

**Актуальность.** Частота тромбоэмболических осложнений во время беременности составляет 2–5 случаев на 1000 родов, что в 5–6 раз больше, чем в общей популяции [1, 2]. Установлено,

что ведущую роль в возникновении тромбоэмболических осложнений во время беременности играют три основных фактора: генетические тромбофилии, гипергомоцистеинемия и антифосфолипидный синдром [3, 4]. Тем не менее детальные механизмы, обеспечивающие неблагоприятный исход беременности при наличии тромбофилии, остаются не до конца изученными. В связи с этим особую актуальность приобретает привлечение новых методов и технологий для оценки нарушений гемостаза и эффективности антикоагулянтной терапии.

**Цель исследования** – совершенствование методов диагностики нарушения гемостаза у пациенток с тромбофилией и осложнённым течением беременности на основе использования интегрального теста оценки нарушений гемостаза.

**Материалы и методы.** Обследованы 37 беременных в возрасте от 19 до 36 лет (медиана – 29 лет) на сроке гестации от 16 до 29 нед (медиана – 23 нед) с тромбофилией (дефицит протейна S/протейна С) и субкомпенсированной плацентарной недостаточностью, проявляющейся нарушением маточно-плодово-плацентарного кровотока IБ–II степени, задержкой роста плода I–II степени (замедление прироста показателей предполагаемой массы плода [ПМП] и/или окружности живота [ОЖ] менее 10-го процентиля в сочетании с патологическими показателями кровотока по данным ультразвуковой доплерографии; или значения ПМП и/или ОЖ менее 3-го процентиля) и маловодием (МВК жидкости менее 2 см, индекс амниотической жидкости менее 5 см). Контрольную группу составили 34 женщины в возрасте от 21 до 35 лет с физиологическим течением беременности. Исследования гемостаза проводили с помощью лабораторной диагностической системы «Регистратор тромбодинамики Т-2» («ГемаКор», Россия), позволяющей на новом уровне характеризовать процесс пространственно-временного формирования сгустка. Параллельно рутинными тестами определяли активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПВ), тромбиновое время (ТВ), антитромбин III (АТ III), фибриноген (ФГ).

Статистический анализ проводили с помощью алгоритмов среды MatLab и прикладных программ SPSS Statistics 21.0. Для всех видов анализа статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Анализ количества тромбоцитов, показателей ТВ, АЧТВ, ПВ, АТ III не выявил статистически достоверных различий в группах сравнения. Уровень фибриногена у беременных женщин превышал значения контрольной группы в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ).

Установлено, что исходные показатели скорости роста сгустка, размера сгустка и плотности сгустка у обследованных беременных с тромбофилией статистически значимо превышали показатели контрольной группы ( $p < 0,05$ ):  $43,1 \pm 7,9$  мкм/мин,  $1532 \pm 256$  мкм и  $24874 \pm 3293$  у.е. vs  $29,3 \pm 9,2$  мкм/мин,  $1181 \pm 355$  мкм и  $26837 \pm 2954$  у.е. При этом наиболее информативными оказались стационарная скорость роста сгустка  $V_{st}$  (мкм/мин) и размер фибринового сгустка на 30-й минуте наблюдения (CS, мкм).

**Заключение.** Метод даёт возможность точно определить количество и качество сгустков на основе проводимых реологических измерений. На основе полученной информации можно оценить определённые аспекты функционирования системы свёртывания, что является важным и полезным в диагностике осложнений беременности, а также открывает потенциальные возможности в прогнозировании риска тромбозов и реализации персонализированного подхода к назначению антикоагулянтной терапии у беременных с тромбофилией.

## Литература

1. Armstrong E.M., Bellone J.M., Hornsby L.B. et al. Acquired Thrombophilia // *J. Pharm. Pract.* – 2014. – №27 (3). – P. 234–242.
2. Arachchilage D.R.J., Makris M. Inherited Thrombophilia and Pregnancy Complications: Should We Test? // *Seminars in thrombosis and hemostasis.* – 2019. – №1 (45). – P. 50–60.
3. Mannuccio P.M., Franchini M. Classic thrombophilic gene variants // *Thromb Haemost.* – 2015. – №114 (5). – P. 885–889.
4. Харкевич О.Н., Милов А.И. Роль наследственных и приобретённых тромбофилий в патогенезе самопроизвольного аборта и привычной потери беременности // *Таврический медико-биологический вестник.* – 2015. – №1 (18). – С. 127–131.

## Различные формы организации работы с беременными

<sup>1</sup>Гмошинская М.В., ведущий научный сотрудник лаборатории возрастной нутрициологии;

<sup>1</sup>Алёшина И.В., мл. научный сотрудник лаборатории возрастной нутрициологии;

<sup>2</sup>Буланова Н.В.

<sup>1</sup>Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии;

<sup>2</sup>Фонд «Здоровье. Экология. Безопасность».

E-mail: mgmsh@yandex.ru; моб. тел.: +7 (903) 162 3111.

Одним из подходов к выработке доминанты материнства и лактации служит проведение традиционных занятий в Школе матерей при женской консультации, которые могут осуществляться в очной и заочной формах. Фондом «Здоровье. Экология. Безопасность» в рамках проекта «Онлайн-школа РОКРОС» были организованы лекции на канале YouTube. Записи лекций проводилась сотрудниками фонда.

Ключевые слова: доминанта материнства и грудного вскармливания, лекции, беременные женщины, кормящие матери.

*One of the approaches to developing the dominant of motherhood and lactation is to conduct traditional classes at the School of Mothers at antenatal clinics, which can be carried out in person and in absentia. Foundation "Health. Ecology. Security" lectures were organized on the You tube channel within the framework of the "ROKROS Online School" project. The lectures were recorded by the Foundation's staff.*

*Keywords: dominance of motherhood and breastfeeding lectures, pregnant women, nursing mothers.*

**Актуальность.** Доминанта материнства и грудного вскармливания является основой полноценной и длительной лактации. В период беременности у женщин завершается формирование доминанты материнства и грудного вскармливания, в связи с чем проведение занятий с беременными играет большую роль в становлении полноценной и длительной лактации.

**Цель** – поддержка грудного вскармливания.

**Результаты.** Курс лекций, разработанный ФИЦ питания и биотехнологии, представляет собой систему поддержки грудного вскармливания, включающую питание беременных и кормящих женщин, организацию здорового питания в семье; возможности использования специализированных продуктов для данной категории женщин и чаёв для кормящих матерей; психологические аспекты грудного вскармливания; ранний период становления лактации с использованием современных

перинатальных технологий (раннего прикладывания к груди, совместного пребывания матери и новорождённого в роддоме, свободного вскармливания до 1,5–2 мес). Женщины должны быть проинформированы о трещинах сосков, гипогалактии, лактостазах. Несколько лекций мы посвящаем установлению контакта с ребёнком, разбираем причины крика новорождённого, рассматриваем различные позы при кормлении ребёнка и представляем аксессуары для поддержки грудного вскармливания. После лекции желающие могут задать вопросы и получить на них ответы. В связи со сложной эпидемиологической обстановкой и отсутствием возможности проводить лекции с беременными в условиях женской консультации в очной форме целесообразными явились разработка цикла лекций, их запись и представление на канале YouTube. Лекции сопровождаются презентациями. Просмотр лекций на канале YouTube даёт возможность ознакомиться с ними всем членам семьи в удобное для них время. Продолжительность лекций составляет 1 ч.

## Роль трансвагинальной соноэластографии в дифференциальной диагностике гиперплазий и аденокарциномы эндометрия

Грибова М.Р., врач акушер-гинеколог.

Городская клиническая больница им. С.С. Юдина, г. Москва.  
E-mail: Gribova.mari@mail.ru; моб. тел.: + 7 (915) 171 3005.

Выполнен анализ результатов трансвагинальной эхографии (2D/3D, соноэластография) у пациенток с гиперплазиями и карциномой эндометрия. При соноэластографии изучали индекс упругости (strain index, SI) маточного эха. У пациенток с эндометриальной карциномой обнаружено достоверное увеличение SI в сравнении группой гиперплазии эндометрия и группой контроля.

Ключевые слова: эндометриальная гиперплазия, эндометриальная карцинома, соноэластография.

*The results of transvaginal echography (2D/3D, sonoelastography) were analyzed in patients with endometrial hyperplasia and carcinoma. Sonoelastography studied the elasticity index (strain index, SI) of the uterine echo. In patients with endometrial carcinoma, a significant increase in SI was found in comparison with the endometrial hyperplasia group and the control group.*

*Keywords: endometrial hyperplasia, endometrial carcinoma, sonoelastography.*

**Актуальность.** На протяжении многих лет догистологическая диагностика состояний эндометрия основывается на качественном и количественном анализе результатов трансвагинальной эхографии [1]. В последние годы диагностические возможности эхографии существенно усилились благодаря внедрению в практику ультразвуковой эластографии [2, 3].

**Цель исследования** – изучить роль соноэластографии в дифференциальной диагностике гиперплазий и аденокарциномы эндометрия.

**Материалы и методы.** Обследованы 86 пациенток. Возраст обследованных пациенток варьировал в пределах 37–82 лет, составив в среднем 54,12±3,7 года. Выделены три группы пациенток: первую группу составили 36 пациенток с эндометриальной гиперплазией (в том числе 10 – с EIN), вторую группу – 20 больных с аденокарциномой эндометрия, третья группа (n=30) – контрольная (женщины без патологии

эндометрия, проходившие обследование по поводу бесплодия в программах вспомогательных репродуктивных технологий). Достоверной разницы различий в возрасте между первой и второй группами не обнаружено. Ультразвуковые исследования (2D/3D-эхография, соноэластография) выполнены на аппарате Philips EPIQ 7 с помощью трансвагинального трансдюсера 6–8 МГц.

**Результаты.** По данным 2D-трансвагинальной эхографии медиана толщины эндометрия в первой и второй группах составила 16,00 мм (межквартильный диапазон [МД]: 14; диапазон [Д]: 9–62 мм) и достоверно не отличалась. Средние значения индекса упругости (strain index, SI) в группе гиперплазии эндометрия составили 0,82 (МД: 0,60; Д: 0,30–1,30); в группе карциномы эндометрия – 1,80 (МД: 1,05; Д: 0,80–3,20). В группе контроля – 1,00 (МД: 0,40; Д: 0,50). Следовательно, при определении SI не обнаружена достоверная разница различий между группой гиперплазии эндометрия и контрольной группой. В то же время у больных с эндометриальной карциномой зарегистрированы существенные изменения (повышение) SI в сравнении с группами контроля и гиперплазии эндометрия. Нами проведён анализ результатов соноэластографии с целью определения пороговых значений SI, позволяющих дифференцировать аденокарциному эндометрия с доброкачественными процессами. При пороговом значении SI 1,05 чувствительность эластографии в отношении карциномы составила 94%, специфичность – 73%.

**Заключение.** Трансвагинальная соноэластография является высокоинформативным методом ранней диагностики рака эндометрия и позволяет внести коррективы в тактику ведения пациенток в сложных клинических ситуациях.

## Литература

1. Leone F.P., Timmerman D., Bourne T. et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of the endometrium and intrauterine lesions: a consensus opinion from the International Endometrial Tumor Analysis (IETA) group // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2010. – Jan. – Vol. 35. – №1. – P. 103–112.
2. Шишкина Т.Ю., Аксенова В.Б. Возможности ультразвуковой эластографии и трёхмерной эхографии в диагностике трубной беременности // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* – 2021. – Т. 20. – №6. – С. 162–165.
3. Диомидова В.Н., Захарова О.В., Сиordia А.А. Прогностическое значение количественного показателя модуля упругости Юнга эндометрия при вторичном бесплодии // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* – 2020. – Т. 19. – №2. – С. 22–26.

## Хирургическая навигация при лечении миомы матки

<sup>1</sup>*Дорфман М.Ф., канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО;*

*зав. гинекологическим отделением №2;*

<sup>1</sup>*Гаспаров А.С., докт. мед. наук, проф. кафедры гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО;*

<sup>1</sup>*Дубинская Е.Д., докт. мед. наук, проф. кафедры гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО;*

<sup>2</sup>*Губанова Е.В., врач акушер-гинеколог гинекологического отделения №2;*

<sup>2</sup>*Вартанян С.Л., врач акушер-гинеколог гинекологического отделения №2.*

<sup>1</sup>*Российский университет дружбы народов;*

<sup>2</sup>*Городская клиническая больница им. С.С. Юдина, г. Москва.*

*Email: dorfmanmark@yahoo.com; моб. тел.: +7 (926) 446 4434.*

**В исследовании представлены результаты клинко-лабораторного обследования и лечения 100 пациенток с миомой матки. На предоперационном этапе применяли технологии 3D-моделирования с регистрацией топографии узлов миомы и зон их кровоснабжения. При выполнении лапароскопии – миомэктомии – применялась авторская технология интраоперационной хирургической навигации. При миомэктомии с применением предоперационного 3D-моделирования и интраоперационной хирургической навигации низкая степень травматичности отмечалась у 76% пациенток, средняя – у 24%. В группе сравнения – 16 и 84% соответственно ( $p < 0,05$ ).**

**Ключевые слова:** миома матки, миомэктомия, лапароскопия, моделирование, хирургическая навигация.

*The study presents the results of clinical and laboratory examination and treatment of 100 patients with uterine fibroids. At the preoperative stage, 3D modeling technologies were used with registration of the topography of myoma nodes and their blood supply zones. During laparoscopy – myomectomy, the author's technology of intraoperative surgical navigation was used. During myomectomy with the use of preoperative 3D modeling and intraoperative surgical navigation, a low degree of injury was observed in 76% of patients, an average – in 24%. In the comparison group – 16 and 84%, respectively ( $p < 0.05$ ).*

**Keywords:** uterine fibroids, myomectomy, laparoscopy, modeling, surgical navigation.

**Актуальность.** Миома матки – одно из самых часто встречающихся заболеваний в практике акушера-гинеколога [1]. В настоящее время ведение пациенток с миомой матки представляет яркое отражение персонализированного подхода в медицине [2]. Выбор тактики лечения зависит от возраста пациентки, желания сохранить репродуктивную функцию, клинической картины заболевания, локализации миоматозных узлов, их размеров и темпов роста [2].

**Цель исследования** – изучить эффективность применения хирургической навигации при оперативном лечении миомы матки.

**Материалы и методы.** В исследовании представлены результаты клинко-лабораторного обследования и эндоскопического лечения 100 пациенток с миомой матки. Основная группа: 50 пациенток, которым в дополнение к стандартному обследованию выполняли построение 3D-модели матки с регистрацией топографии узлов миомы и зон их кровоснаб-

жения. Следующим этапом проводилось удаление узлов с применением интраоперационной хирургической навигации. Группу сравнения составили 50 пациенток, которым проводили предоперационное обследование и лечение по стандартным клиническим протоколам. Для оценки эффективности применения вышеуказанной технологии были использованы клиничко-лабораторные маркёры травматичности.

**Результаты.** Статистический и математический анализ позволил выявить 11 значимых клиничко-лабораторных показателей, актуальных для оценки травматичности оперативного вмешательства: интраоперационная кровопотеря, длительность оперативного вмешательства и анестезиологического пособия, двигательная активность пациентки, восстановление акта мочеиспускания, перистальтики кишечника, температурная и болевая реакция, показатели клинического анализа крови (скорость оседания эритроцитов [СОЭ], количество лейкоцитов), а также биохимические маркёры: С-реактивный белок (СРБ), молекулы средней массы (МСМ); кислоторастворимые фракции нуклеиновых кислот (КФНК); активные продукты взаимодействия с тиобарбитуратовой кислотой (ТБК-ап, мкмоль/л); эндотоксический индекс (ЭТИ). Пребывание пациенток в стационаре осуществлялось в соответствии с технологией fast-track-хирургии. При проведении миомэктомии с применением предоперационного 3D-моделирования и интраоперационной хирургической навигации в основной группе низкая степень травматичности отмечалась у 76% пациенток, средняя – у 24%. В группе сравнения – 16 и 84% соответственно ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Персонализированное моделирование и хирургическая навигация позволяют хирургу выбрать оптимальную тактику разволокнения миометрия при доступе к миоматозным узлам и прицельного их удаления, за счёт чего достоверно снижается степень травматичности оперативного лечения.

## Литература

1. Леваков С.А., Буданов П.В., Зайратьянц О.В. и др. Персонализированный подход к ведению пациенток с миомой матки // *Акушерство и гинекология*. – 2019. – №12. – С. 174–182.
2. Дорфман М.Ф., Гаспаров А.С. Моделирование и хирургическая навигация в оперативной гинекологии // *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. – 2020. – Т. 8. – №2. – С. 121–127.

## Гликированный гемоглобин в I триместре беременности как предиктор риска гестационного сахарного диабета

**Епишкина-Минина А.А.**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии;

**Хамошина М.Б.**, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии;

**Оразмурадов А.А.**, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии;

**Бекбаева И.В.**, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.

Медицинский институт Российского университета дружбы народов.

E-mail: minina.aleksandra2013@ya.ru;  
моб. тел.: +7 (961) 154 0085.

**Гестационный сахарный диабет остаётся острой проблемой глобального масштаба. Последствия этого частого акушерского осложнения во многом определяют здоровье матери и новорождённого на протяжении дальнейшей жизни. Поэтому чрезвычайно важен поиск инструментов как можно более раннего прогнозирования риска ГСД для своевременной коррекции алгоритма наблюдения беременных в целях предотвращения развития заболевания и связанных с ним осложнений и последствий. В результате когортного проспективного исследования показана прогностическая ценность гликированного гемоглобина (HbA1c) как предиктора риска ГСД, пригодного для использования уже в I триместре гестации.**

**Ключевые слова:** гестационный сахарный диабет, гликированный гемоглобин (HbA1c).

*Gestational diabetes mellitus (GDM) is an acute global problem. This is a frequent complication of pregnancy, the consequences of which largely determine the health of the mother and newborn throughout the future life. The medical community is faced with the urgent issue of predicting the risk of developing GDM as early as possible in order to timely intervene and prevent complications associated with the disease and its consequences. As a result of a cohort prospective study, the prognostic value of glycosylated hemoglobin (HbA1c) as a predictor of GDM-risk development, suitable for use already in the first trimester of gestation, was shown.*

**Keywords:** gestational diabetes mellitus, glycosylated hemoglobin (HbA1c).

**Актуальность.** Гестационный сахарный диабет (ГСД) – транзитное состояние, характеризующееся гипергликемией, инсулинорезистентностью, эндотелиальной дисфункцией и метавоспалением [1, 2]. Хотя само заболевание воздействует на организм беременной и плода в период гестации, его негативные последствия проявляются как в послеродовом периоде, так и в долгосрочной перспективе [3, 4]. Известно, что каждый шестой ребёнок рождается от женщины, страдающей какой-либо формой гипергликемии, 84% из которых приходятся на ГСД [5–7]. Увеличение распространённости ГСД связывают и с прогрессирующим ростом частоты выявления патологической прибавки массы тела во время беременности [8]. В настоящее время ГСД обычно диагностируют в сроке 24–28 нед гестации, когда патологические изменения в организме матери и плода уже произошли [9]. Поэтому

перспективны исследования, направленные на раннее выявление беременных группы риска, своевременную диагностику и эффективную профилактику развития ГСД и связанных с ним акушерских и перинатальных осложнений [10].

**Цель** — определить возможность использования гликированного гемоглобина (HbA1c) в I триместре гестации для прогноза риска развития ГСД при настоящей беременности.

**Материалы и методы.** Исследуемую и контрольную группы формировали из числа 1230 женщин, вставших в 2018–2019 гг. на учёт по беременности до 12 нед гестации в женскую консультацию Никулино ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗ г. Москвы. В исследование вошли 438 женщин с исходно низким риском развития ГСД, которым при постановке на учёт определяли уровень HbA1c натощак. Из их числа были сформированы две группы: исследуемая (n=40, с развившимся в период настоящей беременности ГСД, родившие в срок) и контрольная (n=85, здоровые беременные, родившие в срок). Статистический анализ проводили с использованием программы Statistica 6.0. По количественному показателю, имеющему нормальное распределение, при неравных дисперсиях группы сравнивали с помощью t-критерия Уэлча, различия считали достоверными при  $p < 0,05$ . Для оценки значимости количественных признаков при прогнозировании исхода применяли метод анализа ROC-кривых. Разделяющее значение количественного признака в точке cut-off определяли по наивысшему индексу Юдена.

**Результаты.** В результате анализа уровня HbA1c в плазме крови у пациенток исследуемой и контрольной групп были выявлены существенные различия ( $p < 0,001$ ). Медиана показателя среди пациенток с ГСД составила 5,0%, при отсутствии ГСД — 4,7%, однако доля фиксированных случаев повышения сывороточной концентрации HbA1c в основной группе составила 78,1%, в контрольной — лишь 6,6%. В ходе ROC-анализа площадь под ROC-кривой составляла  $0,87 \pm 0,04$  (95% ДИ 0,78–0,95), значение уровня HbA1c в точке cut-off оказалось равным 4,85%. Таким образом, при величине показателя ниже 4,85% прогнозировалось отсутствие ГСД, при значениях, равных или выше 4,85%, — высокий риск развития ГСД. Чувствительность модели была равна 81,3%, специфичность — 80,3%. Показатель уровня HbA1c в результате расчётов вошёл в прогностическую модель, построенную методом бинарной логистической регрессии, позволяющую выделить среди женщин с исходно низким риском контингент беременных высокого риска ГСД, причём уже на ранних сроках гестации. Модель была выражена уравнением:  $P = 1 : (1 + e^{-z}) \times 100\%$ , 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). Подтверждено, что риск развития ГСД имеют беременные, у которых  $p \geq 50\%$ .

**Заключение.** В результате проведённого исследования можно сделать вывод о том, что гликированный гемоглобин (сывороточный уровень HbA1c натощак) является биомаркером, пригодным для прогноза риска развития ГСД во время настоящей беременности уже в I триместре гестации. Его необходимо использовать для сплошного скрининга в I триместре гестации и при расчёте с помощью предложенной модели, что позволит повысить результативность раннего выделения группы высокого риска ГСД и скорректировать тактику ведения беременных.

## Литература

1. Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet. Gynecol. // ACOG Practice Bulletin.* — 2018. — №190. — P.131. e49–e64.
2. Епишкина-Минина А.А., Хамошина М.Б., Старцева Н.М. и др. Гестационный сахарный диабет и анемия: контраверсии патогенеза // *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение.* — 2020 — №3.
3. Murray S.R., Reynolds R.M. Short- and Long-Term Outcomes of Gestational Diabetes and Its Treatment on Fetal Development // *Prenat. Diagn.* — 2020. — P.40.
4. Bianco M.E., Josefson J.L. Hyperglycemia During Pregnancy and Long-Term Offspring Outcomes // *Curr. Diabetes Rep.* — 2019. — P.19.
5. Dickens L.T., Thomas C.C. Updates in Gestational Diabetes Prevalence, Treatment, and Health Policy // *Curr. Diabetes Rep.* — 2019. — P.19.
6. Епишкина-Минина А.А., Хамошина М.Б., Грабовский В.М. и др. Гестационный сахарный диабет: современное состояние проблемы // *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение.* — 2018. — №6 (3). — С. 24–30.
7. Brawerman G.M., Dolinsky V.W. Therapies for Gestational Diabetes and Their Implications for Maternal and Offspring Health: Evidence from Human and Animal Studies // *Pharmacol. Res.* — 2018. — P.130.
8. Olmos-Ortiz A., Flores-Espinosa P., Díaz L. et al. Immunoendocrine Dysregulation during Gestational Diabetes Mellitus: The Central Role of the Placenta // *Int. J. Mol. Sci.* — 2021. — Jul 28. — №22 (15). — P.8087.

## Итоги пандемии COVID-19 на территории Амурской области

**Жуковец И.В.**, докт. мед. наук, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФПДО;

**Андреевская И.А.**, докт. биол. наук, зав. лабораторией;

**Кривощёва Н.А.**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии ФПДО;

**Смирнова Н.А.**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии ФПДО;

**Менгилева О.С.**, врач акушер-гинеколог перинатального центра.

Амурская государственная медицинская академия.

E-mail: Zhukovec040875@mail.ru;

моб. тел.: 8 (914) 381 1706.

**В Амурской области было инфицировано 6,13% беременных. За период пандемии показатель материнской смертности увеличился и в 2020 г. составил 38,2, а в 2021-м — 68,1 на 100 тыс. У 17,8% было бессимптомное течение заболевания, у 63,4% — лёгкое, у 17,7% — среднее и у 11,14% — тяжёлое. Риск поражения лёгочной ткани увеличивался в III триместре беременности, у пациенток в возрасте более 30 лет, с избыточной массой тела/ожирением. Основным осложнением беременности в I триместре был угрожающий выкидыш у 15%, во втором и третьем — преждевременные роды у 11,7%, многоводие у 12,6%, преэклампсия у 13%.**

**Ключевые слова:** беременность, SARS-CoV-2.

*In the Amur Region, 6.13% of pregnant women were infected. During the pandemic, the maternal mortality rate increased and in 2020 amounted to 38.2, and in 2021–68.1 per 100 thousand. 17.8% had an asymptomatic course of the disease, 63.4% — mild, 17.7% — moderate and 11.14% — severe. The risk of lung tissue damage increased in the third trimester of pregnancy, in patients aged over 30 years, overweight /obese. The main complications of pregnancy in the first trimester were threatening miscarriage in 15%, in the second and third — premature birth in 11.7%, polyhydramnios in 12.6%, preeclampsia in 13%.*

**Keywords:** pregnancy, SARS-CoV-2.

**Актуальность.** В течение двух лет мир был охвачен пандемией, вызванной SARS-CoV-2. Беременные составляют высокую группу риска по развитию осложнений беременности и родов, а также материнской смертности.

**Цель исследования** — оценить итоги пандемии SARS-CoV-2 в Амурской области.

**Материалы и методы.** Проведён анализ реестра беременных с SARS-CoV-2 в Амурской области в период с 1 мая 2020 г. по 1 января 2022 г.

**Результаты.** Согласно данным официального реестра, за 2 года пандемии, на 1 января 2022 г., 966 женщин перенесли новую коронавирусную инфекцию во время беременности, что составило 6,13% от числа всех родов за исследуемый период (количество родов за 2020 г. — 7897, за 2021 г. — 7847). Число инфицированных беременных и темпы заболеваемости отражали распространённость вируса среди населения Амурской области, и были зарегистрированы две основные волны заболеваемости (наиболее неблагоприятными месяцами были октябрь, ноябрь и декабрь). В 2020 г. были инфицированы 163 (16,9%) беременные, в 2021 г. в 5 раз больше — 803 (83%). В Амурской области показатель материнской смертности в 2019 г. составил 12,6, в 2020 г. увеличился в 3 раза (38,2 на 100 тыс.), а в 2021-м — в 6 раз (68,1 на 100 тыс.). При анализе клинического течения заболевания выявлено, что у 172 (17,8%) беременных инфекция имела бессимптомное течение, у 612 (63,4%) — лёгкое, у 171 (17,7%) — среднее и у 11 (1,14%) — тяжёлое. Дебют заболеваемости чаще был диагностирован в III триместре (у 9,9; 27,5 и 62,5% по триместрам соответственно) ( $p < 0,05$ ). Инфицирование SARS-CoV-2 в III триместре беременности увеличивало риск поражения лёгочной ткани в 1,7 раза (ОР 1,73; 95% ДИ 1,04–2,9). Возраст более 30 лет увеличивал риск среднего и тяжёлого течения у беременных Амурской области (ОР 1,24; 95% ДИ 1,01–1,53). Избыточная масса тела и ожирение у беременных женщин увеличивали риск среднего и тяжёлого течения заболевания (ОР 1,8; 95% ДИ 1,5–2,14 и ОР 1,53; 95% ДИ 1,2–1,8 соответственно). Основными осложнениями беременности в I триместре были угрожающий выкидыш у 145 (15%), самопроизвольный и несостоявшийся выкидыш у 56 (5,8%), во II и III триместре — преждевременные роды у 113 (11,7%), многоводие у 122 (12,6%), преэклампсия у 126 (13%) и отёки с протеинурией у 193 (20%). У женщин со средней и тяжёлой степенью течения НКИ риск развития анемии лёгкой степени увеличивался в 1,2 раза (ОР 1,2; 95% ДИ 1,06–1,57), средней степени — в 1,5 (ОР 1,46; 95% ДИ 1,12–1,92) и тяжёлой — в 1,7 раза (ОР 1,7; 95% ДИ 1,3–2,23).

**Заключение.** В период пандемии количество беременных, инфицированных SARS-CoV-2, ежегодно увеличивалось и составило 6,13%. В Амурской области увеличилась материнская смертность в 6 раз по сравнению с одноимённым показателем в период до пандемии. При этом у 63,4% заболевание имело лёгкое течение, у 17,7% — среднее и у 1,14% — тяжёлое, чаще диагностировано в III триместре (62,5%). Возраст беременной — более 30 лет, избыточная масса тела/ожирение увеличивали риск поражения лёгочной ткани. В свою очередь риск развития осложнений беременности (преэклампсия, многоводие, анемия, преждевременные роды) значимо увеличивался у женщин, имеющих патологические изменения в лёгких.

## Литература

1. Rajak P., Roy S., Dutta M. et al. Understanding the cross-talk between mediators of infertility and COVID-19 // *Reprod. Biol.* — 2021. — Vol. 21. — №4. — P. 100559.

2. Белокриницкая Т.Е., Артымук Н.В., Филиппов О.С., Фролова Н.И. Клиническое течение, материнские и перинатальные исходы новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных Сибири и Дальнего Востока // *Акушерство и гинекология.* — 2021. — №2. — С. 48–54.

3. Andrievskaya I.A., Zhukovets I.V., Bardov V.S. et al. Oximetry and acid-base balance features in pregnant women with pneumonia caused by SARS-CoV-2. // *European Respiratory Journal. Supplement.* — 2021. — Vol. 58. — №S65. — P. 444.

## Связь полиморфизма гена *HIF-1A* (rs11549465) с задержкой роста плода

<sup>1,2</sup>Загородникова О.А., канд. мед. наук, доц. кафедры педиатрии и неонатологии, зав. неонатальной службой;

<sup>3</sup>Гуляева О.Н., ст. научный сотрудник;

<sup>1,2</sup>Ренге Л.В., докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии, директор акушерско-гинекологической клиники.

<sup>1</sup>Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей — филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования;

<sup>2</sup>Новокузнецкая городская клиническая больница №1;

<sup>3</sup>Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний.

E-mail: doctor-oa@mail.ru; моб. тел.: +7 (905) 961 7461.

**Задержка роста плода (ЗРП) зачастую связана с гипоксией, при этом число данного состояния достоверно выше в экологически неблагоприятных регионах. Степень устойчивости к гипоксии определяется фактором транскрипции, индуцируемым гипоксическими состояниями (*HIF*). Выявлен полиморфизм гена *HIF*, определяющий различия в активности транскрипционного фактора, кодируемого этим геном, а следовательно, различия в уровне устойчивости к гипоксии.**

**Ключевые слова:** задержка роста плода, *HIF*, полиморфизм гена *HIF-1A*, гипоксия, ксенобиотики.

*Fetal growth retardation (FGR) of the fetus is often associated with hypoxia, while the number of this pathology is significantly higher in ecologically unfavorable regions. The degree of resistance to hypoxia is determined by the transcription factor induced by hypoxic conditions (HIF). A polymorphism of the HIF gene has been identified, which determines differences in the activity of the transcription factor encoded by this gene, and, consequently, differences in the level of resistance to hypoxia.*

*Keywords: fetal growth retardation, HIF, HIF-1A gene polymorphism, hypoxia, xenobiotics.*

**Актуальность.** Выяснение основных факторов риска развития ЗРП является одной из актуальных задач современной медицины, поскольку она обуславливает около трети мертворождений, высокую заболеваемость и смертность детей первого года жизни, а также является одной из наиболее частых причин преждевременных родов [1].

Многие химические соединения, например большая группа ксенобиотиков, повреждая материнский организм, способны преодолевать плацентарный барьер и оказывать эмбриотоксическое действие [2]. За адаптацию организма к гипоксическим состояниям отвечает индуцируемый ксенобиотиками фактор транскрипции HIF (HypoxiaInducibleFactor), который соединяется с активированными им белками и запускает механизмы клеточного ответа на получаемые извне сигналы о гипоксии [3, 4].

**НОВОСИБИРСК**  
**27–29 ОКТЯБРЯ 2022**

VI Общероссийский научно-практический семинар  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
**СИБИРСКИЕ ЧТЕНИЯ**»

Новосибирск, Дворец культуры железнодорожников  
(ул. Челюскинцев, д. 11)

**ОЧНО**

**«Наш паровоз вперёд летит...»\* SP**

**Приглашаем!**



РУДН



МАРС

StatusPraesens  
*profimedia*



spnavigator

\* В рекламном модуле использованы фрагменты самого грандиозного витража в Сибири: в ДК железнодорожников, где пройдёт конгресс, витражное окно в холле составляет по размерам 120 кв. метров.

Кстати, тема поездов для Новосибирска — знаковая: весь город начинался со станционного посёлка Ново-Николаевск, развившегося во время строительства (во времена Николая II) Западно-Сибирской части Транссибирской железной дороги (1892–1896).



+7 (495) 109 2627



praesens



ova@praesens.ru



praesensaig



praesens.ru

**РЕГИСТРАЦИЯ**



**Цель исследования** – изучить полиморфизм гена *HIF-1A* (rs11549465) у женщин, проживающих в крупном промышленном центре и родивших детей с ЗРП.

**Материалы и методы.** Обследованы 29 женщин, проживающих на территории юга Кузбасса. В группу контроля вошли 18 женщин, выносивших здорового ребёнка, группу исследования составили 11 женщин, родивших детей с задержкой роста плода. Геномную ДНК выделяли с помощью метода фенол-хлороформной экстракции с последующим осаждением этанолом из лейкоцитов периферической крови. Типирование генов проводили методом *real-time* на приборе DTrprime 4 производства ООО «НПО ДНК-Технология». Тест-системы для молекулярно-генетического анализа полиморфизма *HIF-1A* (rs11549465) были разработаны Институтом химической биологии и фундаментальной медицины Сибирского отделения РАН и синтезированы ООО «СибДНК».

**Результаты.** В ходе исследования выявлены полиморфизмы гена *HIF-1A*, достоверно связанные с развитием ЗРП и резистентностью к данному состоянию.

В группе женщин, родивших детей с задержкой роста плода, установлена статистически достоверная связь генотипа С/Т ( $\chi^2=4,54$ ; OR 9,71) с развитием ЗВУР, в то время как генотип С/С ( $\chi^2=4,54$ ; OR 0,1) достоверно связан с резистентностью к развитию данного состояния.

**Заключение.** При изучении распределения генотипа *C/HIF-1A* получены статистически достоверные различия для группы женщин, родивших детей с ЗРП, что может свидетельствовать о ведущей роли субъединицы HIF- $\alpha$  в адаптации организма к гипоксии и о второстепенном значении данного белка в регуляции про- и антиоксидантного баланса.

## Литература

1. Nardoza L.M.M., Caetano A.C.R., Zamarian A.C.P. et al. Fetal growth restriction: current knowledge // Arch. Gynecol. Obstet. – 2017. – Vol. 295. – P. 1061–1077.
2. Гуляева О.Н., Казичкая А.С., Загородникова О.А. и др. Полиморфизм генов системы биотрансформации ксенобиотиков и задержка внутриутробного развития плода у работниц промышленных предприятий // Медицина труда и промышленная экология. – 2021. – №61(6). – С. 415–420. – URL: <https://doi.org/10.31089/1026-9428-2021-61-6-415-420>.
3. Gladek I., Ferdin J., Horvat S. et al. HIF1A gene polymorphisms and human diseases: graphical review of 97 association studies // Genes Chromosomes Cancer. – 2017. – Vol. 56. – №6. – P. 439–452. – URL: <https://doi.org/10.1002/gcc.22449>.
4. Жукова А.Г., Казичкая А.С., Сазонтова Т.Г. и др. Гипоксией индуцируемый фактор (HIF): структура, функции и генетический полиморфизм. Обзор // Гигиена и санитария. – 2019. – №98 (7). – С. 723–728. – URL: <https://doi.org/10.18821/0016-9900-2019-98-7-723-728>.

## Папилломавирусная инфекция у пациенток с воспалительными заболеваниями и слабовыраженной дисплазией шейки матки

**Захарова К.И.**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии;  
**Андреева М.В.**, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии.  
Волгоградский государственный медицинский университет.  
E-mail: [anekludova13@gmail.com](mailto:anekludova13@gmail.com);  
моб. тел.: +7 (937) 720 7137.

**Изучена частота встречаемости вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска у пациенток с воспалительными заболеваниями и слабовыраженной дисплазией шейки матки.**

**Ключевые слова:** папилломавирусная инфекция, воспалительные заболевания шейки матки, слабовыраженная дисплазия шейки матки.

*The incidence of HPV of high oncogenic risk in patients with inflammatory diseases of the cervix and mild cervical dysplasia was studied.*

*Keywords: papillomavirus infection, inflammatory diseases of the cervix, mild cervical dysplasia.*

**Актуальность.** Сравнительный анализ встречаемости папилломавирусной инфекции (ПВИ) у пациенток с цитологически верифицированным диагнозом «воспалительные заболевания шейки матки» и гистологически подтверждённой слабовыраженной дисплазией шейки матки является актуальным с учётом ключевой роли ВПЧ в этиологии рака шейки матки [1–5].

**Цель исследования** – изучить частоту встречаемости ВПЧ высокого онкогенного риска у пациенток с воспалительными заболеваниями и слабовыраженной дисплазией шейки матки в сравнительном аспекте.

**Материалы и методы.** В условиях многопрофильной клиники крупного промышленного города обследованы 89 пациенток от 18 до 45 лет с диагнозами «воспалительные заболевания шейки матки» (МКБ-10 N72) и «слабовыраженная дисплазия шейки матки» (МКБ-10 N87.0) в соответствии с приказом Минздрава РФ №1130н.

**Результаты.** В зависимости от результатов исследований сформированы три группы. Первая группа – ВПЧ-отрицательные с цитологическим заключением NILM (41 человек; 46,1%) (контроль). ВПЧ-позитивные пациентки в зависимости от гистологического исследования биоптатов шейки матки разделены на группы следующим образом: вторую группу составили женщины с хроническим цервицитом (ХЦ) (29 человек; 32,6%), третью группу – больные с CIN I (19 человек; 21,3%). Сравнительный анализ частоты встречаемости ПВИ по группам показал, что ВПЧ высокого онкогенного риска встречались у 48 женщин (53,9%), что составляет более половины случаев. Среди ВПЧ высокого онкогенного риска во всех группах выявлена высокая распространённость именно ВПЧ 18-го типа. Наибольшая его частота наблюдалась в третьей группе – у 35,4% женщин с CIN I (во второй группе – у 29,2% пациенток;  $p<0,05$ ). При сравнительной оценке вирусной нагрузки выявлено её достоверное повышение в группе с CIN I (6,01 lg), что подчёркивает её значимость в развитии тяжёлых поражений шейки матки.

**Заключение.** ВПЧ высокого онкогенного риска выявлен в 53,9% случаев у больных с воспалительными заболеваниями

шейки матки, то есть более чем у половины обследуемых женщин. Вирусная нагрузка оказалась выше в группе женщин с CIN I. Следовательно, ПВИ играет ключевую роль в развитии слабовыраженной дисплазии шейки матки и может приводить к онкологическим заболеваниям.

## Литература

1. Андреева М.В., Захарова К.И., Литвинова Е.В. Возможности терапии хронического цервицита / Под ред. Г.К. Лобачевой // Альманах-2019-1. – Волгоград: ВолГУ, 2019. – С. 203–207.
2. Андреева М.В., Захарова К.И., Филимонова З.А. Причины инфекционно-воспалительных заболеваний шейки матки у городских жительниц Волгоградского региона / Под ред. Г.К. Лобачевой // Альманах-2019-1. – Волгоград: ВолГУ, 2019. – С. 201–204.
3. Бокач О.М., Ниаури Д.А. Оптимизация диагностики плоскоклеточных интраэпителлиальных неоплазий шейки матки у женщин с хроническим цервицитом // Тезисы III Национального конгресса «Онкология репродуктивных органов: от профилактики и раннего выявления к эффективному лечению» (31 мая–2 июня 2018 г.). – М.: КВАЗАР, 2018. – 22 с.
4. Клинышкова Т.В., Турчинов Д.В., Буян М.С. Эпидемиологические аспекты рака шейки матки в Омской области // Акушерство и гинекология. – 2018. – №3. – С. 102–108.
5. Прилепская В.Н. ВПЧ-ассоциированные заболевания шейки матки: скрининг, методы обследования, принципы лечения // Гинекология. – 2019. – Т. 21 – №3. – С. 6–8.

## Непрерывное образование внутри ЛПУ. Know-how!

**Иванов Е.А.**, врач акушер-гинеколог, зам. главного врача.  
Щёлковский перинатальный центр.  
E-mail: e.a.ivanov72@gmail.com;  
моб. тел.: +7 (919) 108 0598.

**Новые технологии, методы исследования и лечения далеко не всегда доступны медицинским работникам и своевременно внедряются в практику. На базе Щёлковского перинатального центра создан тренинг-центр, сотрудники которого отслеживают все новые данные и рекомендации, обрабатывают их, доносят до медицинских работников центра и проводят тестирование для оценки усвоения материала.**

**Ключевые слова:** непрерывное образование, тренинг, образование медицинских работников.

*Nowdays medical workers education is very important. New data appears every day, and clinical practitioners have some problems for searching it. In Schelkovskiy perinatal center now work training center, it's workers search for new guidelines and recommendations, work it out and present to medical staff. Also there are a testing system for knowledge control.*

*Keywords: continuous education, training, medical's stuff education.*

**Актуальность.** Современная медицина развивается стремительно: постоянно публикуются результаты новых исследований, рекомендации, принимаются новые клинические рекомендации. И рядовому врачу, работающему на передовой, бывает сложно отслеживать эти материалы, оценивать грамотность дизайнов исследований и их ценность.

**Цель** – для постоянного повышения уровня информированности сотрудников Щёлковского перинатального центра на

его базе создан тренинг-центр. В состав тренинг-центра входят зам. главного врача по КЭР и два врача-методиста. Сотрудники тренинг-центра постоянно отслеживают последние публикации, клинические рекомендации, приказы и т.д., анализируют их и доносят до сотрудников перинатального центра.

**Материалы и методы.** В рамках тренинг-центра расписан план образовательных мероприятий на год. Каждую неделю один сотрудник перинатального центра готовит доклад на определённую тему, которую представляет своим коллегам. Форма доклада – презентация, в которой тема отображается чётко, кратко, достоверно, в виде тезисов.

Также создан телеграм-канал, в котором состоят все сотрудники учреждения. В данный канал после доклада загружается презентация, и, таким образом, создаётся хранилище данных, в котором быстро и просто можно найти краткое содержание последних клинических рекомендаций, приказов и исследований.

После доклада в телеграм-канал также загружаются тесты, созданные на платформе Google forms, на решение которых отводится 1 нед. Тесты созданы по материалам презентации и, соответственно, клинических рекомендаций/исследований. При неудовлетворительной оценке (менее 85%) сотрудник должен пересдать тест. При необходимости врачи тренинг-центра проводят с сотрудниками разбор ошибок в тесте (если сотрудник не может сдать тест более 3 раз).

Создана таблица, доступ к которой есть у всех сотрудников, в неё загружаются результаты тестирования каждого сотрудника по каждой теме. Это является дополнительным стимулом в изучении материала и своевременной сдаче тестов.

Также врачами тренинг-центра регулярно создаются памятки и инфографики, которые позволяют быстро вспомнить алгоритмы, основные положения, классификацию. Так, создана инфографика по учёту кровопотери в каждом роде, алгоритм оказания помощи при реанимации новорождённого, оценка риска падений. Данные инфографики развешаны во всех родовых боксах и помогают врачам и акушеркам в их работе.

Дважды в год планируется проводить устное тестирование сотрудников перинатального центра для лучшего контроля знаний. Проверка будет проводиться в виде устного экзамена по билетам, которые составлены на основании пройденного материала.

**Результаты.** За 1,5 года работы тренинг-центра сотрудниками были разобраны и освоены все клинические рекомендации по акушерству и гинекологии, сданы тесты по ним на «отлично», проведено четыре тренинга по акушерским мануальным навыкам и два тренинга по реанимации новорождённых.

**Заключение.** Непрерывное обучение в медицине – это залог успеха, подобная система отлично себя зарекомендовала [1, 2], и мы решили её реализовать на базе нашего перинатального центра. Это позволяет сотрудникам получать последнюю информацию оперативно и в достоверном виде, оказывать медицинскую помощь населению более грамотно и в соответствии с обновлёнными приказами и рекомендациями.

## Литература

1. European Continuing Medical Training. – URL: <https://www.ecmt-training.com>.
2. Stanford Center for Continuing Medical Education. – URL: <https://med.stanford.edu/cme.html>.

## Кровоток в венозном протоке как маркёр прогнозирования задержки роста плода

**Иванова О.Ю.**, докт. мед. наук, доц., зав. кафедрой акушерства и гинекологии;

**Орехова М.В.**, ассистент кафедры акушерства и гинекологии. Курский государственный медицинский университет. E-mail: ivanova01@mail.ru; моб. тел.: +7 (930) 850 9620.

Состояние гемодинамики венозного протока плода является оптимальным гемодинамическим маркёром, отражающим состояние центральной гемодинамики плода и течение процессов цитотрофобластической инвазии. При беременности, осложнённой задержкой роста плода (ЗРП), скорость волны А увеличивается в периоды первой и второй волн инвазии трофобласта менее чем на 33% и индекс резистентности вен снижается менее чем на 25%.

**Ключевые слова:** венозный проток, инвазия трофобласта, задержка роста плода.

*The state of hemodynamics of the fetal venous duct is an optimal hemodynamic marker reflecting the state of the central hemodynamics of the fetus and the course of cytotrophoblastic invasion processes. In pregnancy complicated by placenta-dependent complications, the velocity of wave A increases by less than 33% during the first and second waves of trophoblast invasion and the index of vein resistance decreases by less than 25%.*

**Keywords:** venous duct, placenta-dependent complications, fetal growth retardation.

**Актуальность.** Частота возникновения ЗРП не имеет тенденции к снижению. Одним из основных моментов формирования задержки роста плода является нарушение инвазии трофобласта в стенку спиральных артерий, однако вопросы прогнозирования ЗРП остаются недостаточно изученными [1–3].

**Цель исследования** — изучение состояния кровотока в венозном протоке плода в периоды первой и второй волн инвазии трофобласта при беременности, осложнённой задержкой роста плода.

**Материалы и методы.** Проведён ретроспективный анализ 160 историй беременности и родов пациенток, проходивших лечение на базе областного перинатального центра г. Курска за 2020 г. Основную группу составили 93 пациентки, беременность которых осложнилась задержкой роста плода. Группу сравнения составили 54 пациентки с неосложнённым течением беременности. Во время первого и второго пренатальных скринингов дополнительно проводили доплерометрическую оценку кровотока в ВП плода на ультразвуковом аппарате Samsung Sonoace R7.

**Результаты.** При изучении показателей кровотока в ВПП выявлено: у пациенток ГС имеется интенсивный прирост кровотока в периоды первой и второй волн инвазии трофобласта, наиболее низкие показатели индекса резистентности вен в ВПП; КСК на всём сердечном цикле и индекс резистентности вен (ИРВ) соответствовали значениям гестационной нормы (СК волны А —  $7,9 \pm 2,3$  см/сек, ИРВ —  $0,74 \pm 0,28$  отн. ед.). Допплерометрическая оценка КСК ВП показала, что систолическая и диастолическая волны имели прямонаправленный поток крови во все фазы сердечного цикла. В основной группе отмечались более низкий прирост скорости кровотока в желудочковую систолу, более высокие показатели индекса резистентности вен. Визуальная оценка КСК в ВП у пациенток ОГ показала, что в 40,9% (38) трёхфазная кривая имела однона-

правленные волны с положительными значениями, скорость кровотока волны А в среднем составила  $4,2 \pm 0,9$  см/сек, достоверно ниже значений в ГС ( $7,9 \pm 2,3$ ). В 59,1% (55) наблюдений отмечено патологическое снижение СК в фазу поздней диастолы до реверсных или нулевых значений волны А, что также не было характерным для ГС. У пациенток ОГ показатель ИРВ соответствовал  $0,86 \pm 0,07$  отн. ед. Допплерометрическое исследование показало, что, по данным первого и второго скринингов скорость кровотока в фазу поздней диастолы (волны А) увеличилась в среднем на 29,2% (при гестационной норме более 33%), а ИРВ снизился только на  $19,8 \pm 4,8\%$  (при гестационной норме более 25%).

**Закключение.** Состояние кровотока в венозном протоке плода в первой половине беременности может являться прогностическим маркёром развития задержки роста плода.

## Литература

1. Патент №2292552 С2 Российская Федерация, МПК G01N33/53 A61B5/00. Способ прогнозирования степени тяжести первичной плацентарной недостаточности: заявл. 4 апреля 2005 года: опубл. 27 января 2007 года / Н.А. Пономарева, О.Ю. Иванова, Т.С. Иванова.
2. Иванова О.Ю., Пономарева Н.А., Кулакова М.В. и др. Особенности кровотока в венозном протоке плода при беременности, осложнённой преэклампсией // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2019. — №19 (4). — С. 53–57.
3. Коган И.Ю. Значение доплерометрического исследования венозной циркуляции плода для оценки его функционального состояния // Журнал акушерства и женских болезней. — 2014. — Т. 63. — №1. — С. 54.

## Ранняя неонатальная гибель плода, рождённого от перенёсшей COVID-19 матери

**Иванова О.Ю.**, докт. мед. наук, доц., зав. кафедрой акушерства и гинекологии;

**Каплин А.Н.**, канд. мед. наук, ст. преподаватель кафедры патологической анатомии;

**Перькова Н.М.**, ассистент кафедры акушерства и гинекологии;

**Келямова К.Э.**, студент.

Курский государственный медицинский университет.

E-mail: ivanova01@mail.ru;

моб. тел.: +7 (930) 850 9620.

**Пандемический характер распространения вируса SARS-CoV-2 с конца 2019 г. затрагивает все специальности и отрасли мировой медицины [1, 2]. Влияние новой коронавирусной инфекции на беременность и её исходы остаётся актуальнейшим вопросом современного акушерства. Например, D. Vaud и соавт. предположили, что вирус-индуцированные изменения в плаценте приводят к хронической и острой гипоксии плода, что непосредственно влияет на тяжесть состояния детей при рождении [3].**

**Ключевые слова:** ранняя неонатальная смерть, SARS-CoV-2, пневмония.

*The pandemic nature of the spread of the SARS-CoV-2 virus since the end of 2019 affects all specialties and branches of world medicine [1, 2]. For example, D. Vaud et al. suggested that virus-induced changes in the placenta lead to chronic and acute fetal hypoxia, which directly affects the severity of the condition of children at birth [3].*

**Keywords:** early neonatal death, SARS-CoV-2, pneumonia.

**Цель исследования** — изучить влияние COVID-19 на морфологическую структуру плаценты и исходы беременности на примере клинического случая.

**Клинический случай.** Мальчик, родился от второй одноплодной беременности на сроке 41 нед гестации путём плановых оперативных родов. По данным медицинской документации: течение I триместра беременности — без осложнений, во II триместре на сроке 23–24 нед перенесла COVID-19 в лёгкой форме, по данным УЗИ на сроке 28 нед беременности, аномалии плода не выявлены; наблюдалось нарушение маточно-плацентарного кровотока IA степени; плацента, пуповина, количество околоплодных вод в норме, в III триместре без осложнений.

Ребёнок родился весом 3640 г, ростом 53 см, окружность головы 36 см, окружность груди 35 см, с оценкой по шкале Апгар 5/6 балла за счёт асфиксии средней степени. Был переведён в отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых, где была начата СРАР-терапия. На этом фоне StO<sub>2</sub> 2%, тоны сердца приглушены, ритмичные, шум не выслушивается. ЧСС 146 в минуту, АД 65/37 мм рт.ст. Тахипноэ до 54 в минуту. В асептических условиях установлена «линия», начата интенсивная терапия, антибактериальная терапия.

По данным рентгенографии органов грудной клетки — двусторонняя верхнедолевая пневмония. Спустя 6 ч состояние новорождённого с отрицательной динамикой, отмечается нарастание дыхательной недостаточности, по КЩС отмечался декомпенсированный смешанный ацидоз, коррекция которого проводилась 2% раствором гидрокарбоната натрия, ребёнок переведён на высокочастотную осцилляторную искусственную вентиляцию лёгких (ВЧОИВЛ).

На 20 ч жизни — эпизод десатурации, остановка сердечной деятельности. На фоне ВЧОИВЛ со 100% кислородом начата сердечно-лёгочная реанимация без эффекта. На 20 ч 20 мин жизни новорождённого зарегистрирована биологическая смерть.

Окончательный диагноз: «ВУИ неясной этиологии. Ранний перинатальный сепсис. Двусторонняя верхнедолевая пневмония». Осложнения основного заболевания: «персистирующая лёгочная гипертензия, дыхательная недостаточность III ст.». Сопутствующие заболевания: «церебральная ишемия II ст., транзиторная гипогликемия».

Заключение патологоанатомического исследования плацентарной ткани: преобладают ворсины зрелого типа с дефицитом терминальных ветвей, участками афункциональных зон; обнаруживаются множественные петрификаты в стромах стволовых и терминальных ворсин; компенсаторные механизмы выражены умеренно по сосудистому типу; очаговый тромбоз межворсинчатых пространств, сосудов терминальных ворсин; обширные инфаркты плацентарной ткани; серозно-гнойный базальный децидуит, хориоамнионит; пуповина, плодные оболочки обычной гистоструктуры.

Таким образом, в ходе макро- и микроскопического исследования плацентарной ткани были выявлены признаки хронической фетоплацентарной недостаточности в виде обширных инфарктов плаценты, серозно-гнойного базального децидуита, хориоамнионита, гиперваскуляризации терминальных ворсин.

При патологоанатомическом исследовании плода была обнаружена картина субтотального поражения лёгких, выраженный воспалительный процесс с геморрагическим компонентом, очаговыми отложениями фибрина. Также были выявлены отёк и набухание головного мозга.

**Выводы.** Таким образом, никаких предпосылок к развитию ранней неонатальной смерти плода при анализе состояния

матери и плода непосредственно перед родоразрешением не было. Единственным фактором, способствующим развитию у плода внутриутробной пневмонии и тяжёлой острой дыхательной недостаточности, явилось инфицирование матери вирусом SARS-CoV-2 на сроке 23–24 нед.

## Литература

1. Гончарова М.А., Петров Ю.А. Новая коронавирусная инфекция SARS-CoV-2: влияние на течение беременности // Главврач Юга России. — 2020. — Т. 74. — №4. — С. 27–31.
2. Baud D., Greub G., Favre G. et al. Second-Trimester Miscarriage in a Pregnant Woman With SARS-CoV-2 Infection // JAMA. — 2020. — Jun 2. — №323 (21). — P. 2198–2200.

## Внутриматочные синехии — возможности альтернативной терапии

**Исмаилова С.Я.**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.

**Руководители:** **Оразов М.Р.**, докт. мед. наук, проф., **Михалёва Л.М.**, член-корр. РАН, проф.

Российский университет дружбы народов.

E-mail: sevka\_monika@mail.ru;

моб. тел.: +7 (909) 949 9777.

**Несмотря на достаточно длительную историю изучения внутриматочных синехий (ВМС), арсенал методов лечения ограничен и остаётся неизменным уже в течение длительного времени. Основным методом лечения является хирургический гистероскопический адгезиолизис различными способами. Однако эффективность лечения тяжёлых форм синдрома Ашермана остаётся низкой, при этом частота рецидива может достигать 23–63%, что обуславливает высокую актуальность рассматриваемой проблемы.**

**Ключевые слова:** синдром Ашермана, противоспаечный гель, гиалуроновая кислота.

*Despite a fairly long history of studying intrauterine synechiae, the arsenal of treatment methods is limited and has remained unchanged for a long time. The main method of treatment is surgical hysteroscopic adhesiolysis in various ways. However, the effectiveness of treatment of severe forms of Ascherman syndrome remains low, while the recurrence rate can reach 23–63%, which determines the high relevance of the problem under consideration.*

*Keywords:* Ascherman syndrome, anti-adhesive gel, hyaluronic acid.

**Актуальность.** В Российской Федерации в структуре заболеваний матки процент внутриматочных синехий варьирует от 3 до 13% [1]. Несмотря на снижение количества аборт, увеличивается число женщин репродуктивного возраста с внутриматочными спайками, что связано с ростом других проводимых внутриматочных операций [2].

**Цель работы** — провести систематический обзор данных, имеющихся в современной литературе, об эффективности использования противоспаечных препаратов на основе гиалуроновой кислоты как альтернативный метод лечения ВМС.

**Материалы и методы.** Данные метаанализа опубликованных клинических рандомизированных контролируемых исследований, в которых использовался гель гиалуроновой кислоты (ГК) для предотвращения внутриматочных спаек.

**Результаты.** Применение противоспаечных гелей на основе ГК снижало количество случаев образования внутриматочных синехий после выкидыша ( $p=0,0008$ ) [3] и уменьшало частоту послеоперационного спаечного процесса ( $p=0,0001$ ). Более детальный анализ продемонстрировал, что гель на основе гиалуроновой кислоты снижал частоту спаечного процесса умеренной и выраженной степени ( $p=0,0004$ ), но не влиял на частоту появления лёгкой степени синдрома Ашермана ( $p=0,19$ ) [4]. В двух исследованиях сообщалось о влиянии на значительное увеличение частоты наступления беременности ( $p<0,00001$ ), в исследовании N. Fuchs [5] медиана наблюдения составила 24 мес в контрольной группе и 22 мес в экспериментальной группе, в исследовании V. Tsapanos – 8 мес [6].

**Заключение.** Препараты на основе гиалуроновой кислоты значительно влияют на снижение рецидивов синдрома Ашермана, успешно профилактируют образование внутриматочных спаек. Благодаря их действию улучшается менструальная и репродуктивная функция пациенток после лечения.

## Литература

1. Макаренко Т.А., Никифорова Д.Е., Ульянова И.О. Внутриматочные синехии: особенности хирургического лечения и профилактика рецидивов // *Медицинский совет*. – 2018. – №7. – С. 146–151.
2. Молотков А.С., Попов Э.Н., Иванова А.О. и др. Опыт применения противоспаечного барьера на основе гиалуроната натрия и карбоксиметилцеллюлозы в гинекологической хирургии // *Медицинский совет*. – 2019. – №13. – С. 149–153.
3. Hooker A.B., De Leeuw R., Van de Ven P.M. et al. Prevalence of intrauterine adhesions after the application of hyaluronic acid gel after dilatation and curettage in women with at least one previous curettage: short-term outcomes of a multicenter, prospective randomized controlled trial // *Fertil. Steril*. – 2017. – Vol. 107. – P. 1223–1231.
4. Fei Z., Xin X., Fei H. et al. Meta-analysis of the use of hyaluronic acid gel to prevent intrauterine adhesions after miscarriage // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol*. – 2020. – Vol. 244. – P. 1–4.
5. Fuchs N., Smorgick N., BenAmi I. et al. Intercoat (Oxiplex/AP) for preventing intrauterine adhesions after operative hysteroscopy for suspected retained products of conception: double-blind, prospective, randomized pilot study // *J. Minim. Invasive J. Pre-proof Gynecol*. – 2014. – Vol. 21. – P. 126–130.
6. Tsapanos V.S., Stathopoulou L.P., Papathanassopoulou V.S. et al. The role of Septrafilm bioresorbable membrane in the prevention and therapy of endometrial synechia // *J. Biomed. Mater. Res*. – 2002. – Vol. 63. – P. 10–14.

## Влияние изменения образа жизни на наступление беременности у женщин с СПКЯ

<sup>1</sup> Каттаходжаева М.Х., проф. кафедры;

<sup>2</sup> Ихтиярова Г.А., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой;

<sup>3</sup> Музаффарова М.Х., врач-ординатор.

<sup>1</sup> Ташкентский государственный медицинский институт, Узбекистан;

<sup>2</sup> Бухарский медицинский институт, Узбекистан;

<sup>3</sup> Госпиталь «Доктор Д», Узбекистан.

E-mail: [ixtiyarova7272@mail.ru](mailto:ixtiyarova7272@mail.ru); моб. тел.: +998 (90) 718 1917.

**На клиническом примере показаны возможность возникновения спонтанной овуляции без других вмешательств и наступление биохимической беременности у пациентки с синдромом**

**поликистозных яичников (СПКЯ). Изменение образа жизни, снижение массы тела являются первой линией терапии у пациенток с СПКЯ, так как активный образ жизни на фоне приёма бигуанидов, гепатопротекторов и прогестерона способствует спонтанной овуляции без других вмешательств для стимуляции овуляции и наступлению биохимической беременности.**

**Ключевые слова:** поликистоз яичников, беременность.

*Summary. The clinical case of a patient with polycystic ovary syndrome and biochemical pregnancy demonstrates that lifestyle changes, weight loss is the first line of therapy in patients with PCOS, since an active lifestyle while taking biguanides, hepatoprotectors, and progesterone promotes spontaneous ovulation without other interventions to stimulate ovulation and the onset of biochemical pregnancy.*

*Keywords:* polycystic ovaries, pregnancy.

**Актуальность.** Среди причин бесплодия синдром поликистозных яичников (СПКЯ) занимает лидирующую позицию, и в этой связи изучение данного заболевания, совершенствование имеющихся и разработка индивидуальных, наиболее оптимальных подходов в ведении пациенток с СПКЯ, и особенно с проблемой наступления биохимической беременности, остаются актуальными и необходимыми [1, 2]. Наиболее частой причиной, приводящей к нарушению фертильности у женщин, является синдром поликистозных яичников, при котором частота развития ановуляторного бесплодия составляет от 55 до 91% случаев [3]. Между тем своевременная диагностика и лечение заболевания, проводимые в современных условиях, позволили увеличить число наступления беременности и родов среди женщин с СПКЯ [4]. Однако изучение особенностей течения биохимической беременности с учётом непредсказуемого исхода имеет весьма важное научное-практическое значение [5].

**Методы исследования.** Клиническим материалом послужила пациентка в возрасте 27 лет с диагнозом СПКЯ, верифицированным на основе результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

**Результаты.** Пациентка С. 27 лет поступила с жалобами на нерегулярные менструации с 14 лет с задержкой до 6–9 мес. После 4-летнего проживания в браке беременность не наступала. Соматометрические данные: вес 89 кг, рост 163 см, ИМТ 33. Лабораторные данные: ФСГ 8,1 мМЕ/л, ЛГ 17,7 мМЕ/л, АМГ 8,7 мМЕ/л. УЗИ органов и малого таза: эхокартина СПКЯ. Установлен диагноз «СПКЯ, первичное бесплодие (4 года). Ожирение 1-й степени».

Рекомендовано снижение веса с помощью кардионагрузки 1,6 ч/сут на беговой дорожке или ходьба 20 тыс. шагов, исключение из рациона питания быстроусвояемых углеводов, приём бигуанидов, при НЛФ микронизированный прогестерон во второй фазе цикла на фоне урсодезоксихолевой кислоты (метформин 500 мг, феталстон 200 мг и урсосан форте 500 мг) в течение 3–4 мес.

После изменения образа жизни и регулярных занятий спортом у пациентки стал регулярным менструальный цикл, за 2 мес зарегистрировано снижение массы тела на 7 кг, улучшилось состояние кожи, волос и качество жизни.

На втором визите через 3 мес на УЗИ в середине цикла не визуализировано наличие доминантного фолликула и жёлтых тел, что свидетельствовало об ановуляторном цикле, в связи с чем рекомендована стимуляция овуляции и ВРТ-ЭКО. Однако пациентка отказалась в связи с материальными трудностями.

После рекомендовано продолжить кардионагрузку + десенситайзеры + малокалорийную диету, приём прогестерона во вторую фазу.

На третьем визите через 3 мес при регулярных занятиях спортом и соблюдении диеты пациентка поступила с жалобами на слабость, головокружение и тошноту, что связывала с приёмом препарата «Глюкофаж». На УЗИ малого таза визуализирована беременность 8 нед, СБ+ прогрессирует. Даны рекомендации по пролонгированию беременности с отменой «Глюкофажа» и с целью сохранения беременности продолжением приёма микроинформированного прогестерона (феталстон 200 мг) вагинально.

**Заключение.** В данной клинической ситуации мы видим, что изменение образа жизни, снижение массы тела и восстановление второй фазы цикла является первой линией терапии у пациенток с СПКЯ, так как активный образ жизни на фоне приёма бигуанидов, гепатопротекторов и прогестерона способствует спонтанной овуляции без других вмешательств для стимуляции овуляции и наступлению биохимической беременности.

### Литература

1. Балтер Р.Б. и др. Бесплодный брак: Учебное пособие для студентов педиатрического и медико-профилактического факультетов. – Самара, 2015.
2. Васюхина А.А., Целкович Л.С. Иммуногистохимические особенности эндометрия женщин с трубно-перитонеальным бесплодием // Аспирантский вестник Поволжья. – 2016. – №1–2. – С. 13–16.
3. Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О., Каримова Г.К. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки // Доктор ахборотномаси. – 2019. – №4. – С. 78–80.
4. Ikhtiyarova G.A., Navruzova N.O., Karimova G.K. Modern diagnostic methods for early detection of cervical diseases // Doctor akhborotnomasi. – 2019. – №4. – С. 78–80.
5. Navruzova N.O., Ikhtiyarova G.A., Karimova G.K. Colposcopy as a diagnostic method for early detection of cervical diseases // Problems of Biology and Medicine. – 2020. – №1.1 (117). – С. 313–314.

## Клинические случаи малоинвазивного органосохраняющего лечения гигантских миом матки у женщин репродуктивного возраста

**Коган О.М.**, канд. мед. наук, зав. отделением гинекологии;  
**Попова А.В., Зосимова Е.А., Мартынова Э.Н., Бубникович А.А.**  
Ростовская клиническая больница Южного окружного  
медицинского центра ФМБА России.  
E-mail: olga.kogan.71@mail.ru;  
моб. тел.: +7 (928) 2274253.

Данные клинические случаи привлекли наше внимание в связи со своими особенностями: гигантскими миомами у женщин репродуктивного возраста. Миомэктомия является предпочтительным хирургическим методом лечения у женщин репродуктивного возраста, желающих сохранить свою фертильность.

**Ключевые слова:** гигантская миома матки, миомэктомия, органосохраняющее лечение.

*This clinical cases attracted our attention due to their peculiarities: giant fibroids(myoma) in reproductive women age. Myomectomy is the preferred surgical treatment for women in reproductive age who wants to preserve their fertility.*

**Keywords:** giant fibroids, myomectomy, organ-preserving treatment.

**Актуальность.** Данные клинические случаи интересны большими размерами образования в молодом возрасте у женщин, а также проведением органосохраняющего хирургического лечения лапароскопическим доступом

**Цель исследования** – подтвердить эффективность, надёжность и безопасность малоинвазивного хирургического подхода в лечении гигантской миомы матки.

**Материалы и методы.** Всем пациенткам выполнено УЗИ малого таза экспертного класса на аппарате HITACHI Avius, MPT малого таза на аппарате Philips Ingenia 3.0 Тл. Средний возраст пациенток – 36 лет. 100% пациенток выполнено органосохраняющее хирургическое лечение лапароскопическим доступом.

**Первый случай.** Пациентка Л. 35 лет, боли внизу живота умеренной интенсивности в течение последних 3 лет. УЗИ малого таза, февраль 2022 года: в заднем своде ближе к правому ребру матки определяется образование кистозно-солидной структуры 92×62×82 мм. МРТ малого таза: образование в позадиматочном пространстве без чёткой органопринадлежности, без патологического накопления контраста. Первичный диагноз «образование малого таза гигантских размеров, аденомиома больших размеров». Пациентке выполнены лапароскопия, удаление образования малого таза, гистероскопия, аспирационная биопсия эндометрия. Гистологическое заключение: лейомиофиброма с миксоматозом стромы, кровоизлияниями, очагами эндометриоза.

**Второй случай.** Пациентка П. 35 лет обратилась с жалобами на боли выраженной интенсивности, по ВАШ 8 из 10 баллов. Анализ крови на онкомаркеры: СА-125 77 МЕ/мл; HE 4–44,6 пмоль/л; индекс ROMA 6,4%. УЗИ малого таза: узловое образование у дна с пролиферацией (васкуляризация из правой маточной артерии) 10×11 см. МРТ малого таза: образование тела матки в области дна 11 см без патологического накопления контрастного вещества. Первичный диагноз «новообразование малого таза гигантских размеров (миоматозный узел)». Выполнены лапароскопия, аденомиомэктомия, гистероскопия, вакуум-аспирационная биопсия эндометрия. Гистологическое заключение: лейомиомы с гиалинозом и миксоматозом стромы.

**Третий случай.** Пациентка С. 40 лет, жалобы на периодические ноющие боли внизу живота (по ВАШ 7 из 10), эпизодически носят характер острых. Из анамнеза: в 2018 г. – ЛС висцеролиз, миомэктомия (гистологически: лейомиома со вторичными изменениями), со слов хирурга, фрагмент миоматозного узла оставлен на стенке кишки. УЗИ малого таза: объёмное образование справа и кзади от матки 81×64 мм. МРТ малого таза: по задней поверхности тела матки справа образование с фиброзной тканью диаметром 9 см без патологического накопления контрастного вещества. Первичный диагноз «миома матки гигантских размеров». Выполнены лапароскопия, удаление образования малого таза, гистероскопия, аспирационная биопсия эндометрия. Гистологическое заключение: лейомиома с эндометриоидными включениями, очагами склероза и гиалиноза.

**Результаты.** Данные клинические случаи интересны большими размерами образования с атипичической локализацией в молодом возрасте у женщин, а также проведением органосохраняющего хирургического лечения лапароскопическим доступом. Пациенток репродуктивного возраста удалось избавить от многолетнего болевого синдрома, а также сохранить репродуктивную функцию [1, 2].

Перед нами стояла задача реализации запроса пациенток на сохранение репродуктивного потенциала. Сложность случаев можно разделить на проблемы диагностического

и лечебного этапов [4, 5]. Во всех трёх случаях имели место гигантские опухоли малого таза с затруднением определения органопринадлежности до операции и ярко выраженной клинической симптоматикой.

Учитывая отсутствие данных о точной топографии опухолей, хирургия каждый раз была креативной и тактические решения принимались интраоперационно.

Успех таких операций, безусловно, основывается на точном знании анатомии не только органов репродуктивной системы, но и смежных, а также забрюшинного пространства, на наличии оборудования, обеспечивающего детальную визуализацию, а также на владении хирургическими навыками диссекции и лапароскопического шитья [3].

## Литература

1. Corona L.E., Swenson C.W., Sheetz K.H. et al. Use of other treatments before hysterectomy for benign conditions in a statewide hospital collaborative // *J. Obstet. Gynecol.* – 2015. – Vol. 212. – №304. – P. 1–7.
2. Тарабанова О.В., Крутова В.А., Коваленко Я.А. и др. Опыт органосохраняющих операций у пациенток с миомой матки // *Доктор.Ру.* – 2017. – №13 (142); 14 (143). – С. 12–18.
3. Шаповалова А.И., Попов Э.Н., Мазговая Е.В. Миомэктомия или консервативное ведение миомы матки: влияние на репродуктивный потенциал // *Журнал акушерства и женских болезней.* – 2021. – №5 (70). – С. 95–104.
4. Рыбников С.В., Арзуманян С.К., Данилова Л.Н. и др. Роль УЗИ при выборе доступа при миомэктомии // *Мать и дитя в Кузбассе.* – 2021. – №4 (87). – С. 40–42.
5. Буянова С.Н., Шукина Н.А., Чечнева М.А. и др. Атипичная миома матки у молодых женщин: диагностика, лечение, реабилитация // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2019. – Т. 19. – №6. – С. 77–83.

## Особенности анамнеза беременных с чрезмерной прибавкой массы тела

**Коломиец Е.В.**, студент лечебного факультета.

Руководитель: **Винокурова Е.А.**, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии.

Тюменский государственный медицинский университет.  
E-mail: kolliza.2002@gmail.com; моб. тел.: +7 (951) 966 0925.

**Чрезмерная гестационная прибавка массы тела может стать причиной серьёзных осложнений как для матери, так и для будущего ребёнка. Проведён ретроспективный анализ течения беременности у 82 женщин с данным осложнением во время гестации и изучена их клинико-анамнестическая характеристика.**

**Ключевые слова:** беременность, чрезмерная прибавка массы тела, гиповолемия, гиперволемия, нормоволемия.

*Excessive gestational weight gain can cause serious complications for both the mother and the unborn child. The course of pregnancy in 82 women with this complication during gestation was analyzed and their clinical and anamnestic characteristics were studied.*

**Keywords:** pregnancy, excessive weight gain, hypovolemia, hypervolemia, normovolemia.

**Актуальность.** Физиологическое течение гестационного периода сопровождается постепенным увеличением массы тела. Чрезмерная прибавка массы тела может стать причиной

серьёзных осложнений как для матери, так и для будущего ребёнка (сохранение избыточной массы тела в послеродовом периоде, гестационный сахарный диабет, неонатальная гипогликемия). Высокая частота встречаемости женщин репродуктивного возраста с избыточной массой тела и ожирением доказывает необходимость контроля прибавки веса во время беременности с целью предотвращения чрезмерного гестационного набора массы тела [1–3].

**Цель исследования** – изучить клинико-анамнестическую характеристику беременности, осложнённой чрезмерной прибавкой массы тела.

**Материалы и методы.** Проанализировано течение одноплодной беременности у 82 женщин, состоявших на диспансерном учёте в университетской клинике ТюмГМУ с 2016 по 2021 год, которым была диагностирована чрезмерная прибавка массы тела (О26.0 по МКБ 10-го пересмотра). Средний возраст женщин с чрезмерной прибавкой массы тела составил 29,7±0,4 года. Всем пациенткам проводились импедансометрия с целью измерения объёма циркулирующей крови (ОЦК) и вычисление отклонения ОЦК от должного.

**Результаты.** При импедансометрии у 41,5% женщин была выявлена гиповолемия, у 51,2% – гиперволемия, и 7,3% приходится на женщин с алиментарным фактором прибавки веса. В анамнезе имели беременность 65,9% женщин. Среднее число беременностей составило 2,12, родов – 1,4. Акушерский анамнез у них чаще всего был отягощён одним медицинским абортom (19,5%), двумя (2,4%). В 18,3% случаев были указания на регрессирующую беременность, в 7,3% – на самопроизвольный выкидыш, в 1,2% – на эктопическую беременность. В ходе обработки и анализа полученных данных у обследуемых женщин были выявлены соматические и гинекологические заболевания. Наиболее часто (18,3%) пациентки отмечали заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), реже – заболевания эндокринной и мочевыделительной систем (10,9 и 7,3%). Среди гинекологических заболеваний наиболее часто были отмечены болезни шейки матки (45,1%), синдром поликистозных яичников (17,1%). В 3,7% случаев акушерский анамнез у пациенток был отягощён бесплодием.

При анализе исхода беременностей у женщин с чрезмерной прибавкой массы тела было выявлено, что 79 женщин (96,3%) были родоразрешены в срок, у двух женщин (2,4%) беременность завершилась спонтанными преждевременными родами в сроке 35–36 нед, у одной женщины – антенатальная гибель плода.

**Заключение.** Таким образом, большинство беременных с чрезмерной прибавкой массы тела были повторнородящими (65,9%) и повторнородящими. Акушерский анамнез у них был отягощён медицинским абортom (19,5%), замершей беременностью (18,3%), самопроизвольным выкидышем (7,3%). Наиболее частыми экстрагенитальными заболеваниями являются болезни ССС и ЖКТ (18,3%), гинекологическими – болезни шейки матки (45,1%).

## Литература

1. Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н., Матаев С.И. Гестационная прибавка массы тела как определяющий фактор исхода беременности и отдалённых последствий для здоровья матери и ребёнка // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* – 2017. – №16 (6). – С. 74–80.
2. Полякова В.А., Винокурова Е.А., Арабаджи О.А. и др. Клинический опыт применения реовазографии у беременных с гестозом // *Медицинская наука и образование Урала.* – 2012. – Т. 13. – №3–2 (71). – С. 102–104.

# 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](http://praesens.ru)  
в разделе: «Журналы/Журнал  
“StatusPraesens. Гинекология,  
акушерство, бесплодный брак”/  
Как подписаться».  
**Оплата онлайн банковской картой.**

✓ **В почтовых отделениях:**  
• Каталог «Почта России» — индекс **ПН347**  
• Объединённый каталог «Пресса России» —  
индекс **33022**  
• ФГУП «Почта Крыма» — индекс **22840**  
• Каталоги стран СНГ — индекс **33022**

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

✓ **В банке /мобильном банке** по реквизитам:  
• Получатель: ООО «Статус презенс контент»  
• ИНН/КПП: 7701984958/770101001  
• Р/с: 40702810900000019553  
• Банк получателя: Филиал «Центральный»  
Банка ВТБ (ПАО), г. Москва  
• БИК: 044525411 • К/с: 30101810145250000411  
• Назначение платежа: Годовая подписка  
на журнал «StatusPraesens. Гинекология,  
акушерство, бесплодный брак».

Сообщите об оплате по e-mail: [ea@praesens.ru](mailto:ea@praesens.ru);  
или по тел.: +7 (901) 723 2273.

✓ **На мероприятиях**, организуемых компанией  
StatusPraesens.

**Стоимость годовой подписки (шесть номеров)**

С доставкой по России — **1800 руб.**

С доставкой по СНГ — **3600 руб.**

☎ +7 (901) 723 2273

🌐 [praesens.ru](http://praesens.ru)

📧 [praesens](http://praesens)

✉ [ea@praesens.ru](mailto:ea@praesens.ru)

✉ [praesensaig](http://praesensaig)

📺 [statuspraesens.tv](http://statuspraesens.tv)

**Подписаться**

**StatusPraesens**  
*profmedia*

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

3. Гордничева И.Е., Кидирниязова К.С., Сутырина А.В. Профилактика гестоза: современный подход к лечению отеков, вызванных беременностью // Международная научно-практическая конференция им. Д.И. Менделеева, посвящённая 90-летию профессора Р.З. Магарила. Материалы конференции / Ред. А.Н. Халин – Тюмень, 2022. – С. 106–109.

## Прегавидарная подготовка и тератогенные эффекты у детей, матери которых больны эпилепсией

<sup>1</sup>**Краско А.С.**, аспирант кафедры психологии развития и дифференциальной психологии факультета психологии;  
<sup>1</sup>**Михайлова Н.Ф.**, канд. психол. наук, доц. кафедры психологии развития и дифференциальной психологии;  
<sup>2</sup>**Одинцова Г.В.**, канд. мед. наук, ст. научный сотрудник.  
<sup>1</sup>Санкт-Петербургский государственный университет;  
<sup>2</sup>Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова – филиал Национального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова.  
E-mail: krskanastasia@gmail.com; моб. тел.: +7 (921) 328 7224.

Было проведено исследование 40 детей, матери которых больны эпилепсией и принимали АЭП во время беременности. 52% родов были подготовленными, в остальных случаях подготовка не проводилась. Выявлено, что подготовленность родов стала предиктором меньших нарушений развития у детей, чем в случае неподготовленной беременности.

**Ключевые слова:** эпилепсия, беременность, прегавидарная подготовка.

*Our study conducted 40 children whose mothers had epilepsy and took AEDs during pregnancy. 52% of births were prepared, in other cases no preparation was carried out. It was revealed that the preparedness of childbirth became a predictor of less developmental disorders in children than in the case of an unprepared pregnancy.*

*Key words: epilepsy, pregnancy, preconception preparation.*

**Актуальность.** До недавнего времени рождение ребёнка нередко являлось несбыточной мечтой для женщин, страдающих эпилепсией, поскольку уже само наличие этого заболевания до сих пор является одним из медицинских показаний прерывания беременности на любом сроке. Женщины, страдающие эпилепсией, зачастую не представляющие всех последствий и рисков для себя и будущего ребёнка, тем не менее решаются на этот шаг [1].

**Цель исследования** – оценка параметров психического, социального и интеллектуального развития, нейропсихологических синдромов нарушенного развития ребёнка в зависимости от подготовленности родов.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 80 человек: 40 матерей, страдающих эпилепсией, и 40 детей в возрасте от 3 до 9 лет. Матерям предлагалось заполнить контрольный лист поведения ребёнка Т. Ахенбаха (CBCL) и анкету для родителей Н.Н. Заваденко. Для диагностики развития детей использовались методика исследования интеллекта у детей (WSIC) Д. Векслера и Луриевская батарея нейропсихологических тестов в адаптации Ж.М. Глозман. Также были собраны данные о клиническом состоянии матери во время беременности и родов.

**Результаты.** Дети матерей, беременность которых сопровождалась изменением плана лечения (смена препарата на более

современный [препарат нового или новейшего поколения], снижение количества препаратов [переход к монотерапии], приём фолиевой кислоты), в дальнейшем демонстрировали лучшую адаптацию и развитие – были менее тревожными, замкнутыми, были менее склонны к нарушениям социализации, агрессии и делинквентному поведению, имели менее выраженные проблемы внимания и мышления. Кроме того, у них были менее выражены внешние проблемы (экстернализации) и внутренние проблемы (интернализации), а общий показатель нарушений развития имел более низкие значения.

В случае отсутствия такой подготовки матери у их детей в дальнейшем отмечалась склонность к психосоматическим нарушениям, страхам, гиперактивности и моторной неловкости. Хотя они лучше оперировали числовым материалом (арифметический субтест шкалы Д. Векслера) и легче заучивали не связанные по смыслу слова (нейропсихологическая проба на заучивание слов).

Таким образом, сопровождение беременности и подготовка матерей, больных эпилепсией, к родам повышает потенциал развития у их детей.

**Заключение.** Таким образом, можно сделать вывод, что подготовка беременности снижает риски нарушений развития у ребёнка в дальнейшем.

## Литература

1. Власов П.Н., Карлов В.А., Петрухин В.А. Эпилепсия и беременность: современная терапевтическая тактика // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – №5 (1). – С. 13–17.

## Возможности хирургии тазового дна в снижении частоты ректоцеле

**Крестинин М.В.**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.

Руководители: **Оразов М.Р.**, докт. мед. наук, проф.,  
**Михалёва Л.М.**, член-корр. РАН, проф.

Российский университет дружбы народов.

E-mail: krestinin-m@rambler.ru; моб. тел.: +7 (910) 216 2224.

**Несостоятельность тазового дна, а именно заднего его компартмента с формированием ректоцеле на фоне опущения задней стенки влагалища, остаётся одним из наиболее распространённых гинекологических заболеваний, в научном мире сохраняются масштабные дискуссии относительно его диагностики и лечения [1, 2]. При верифицированных дефектах фасции и мышц хирургическая тактика является основополагающим направлением в лечении опущения задней стенки влагалища с формированием ректоцеле. Высокая частота встречаемости, неудовлетворительные анатомические и функциональные результаты лечения, большая распространённость рецидивов привели к поиску персонализированного менеджмента при НТД [3].**

**Ключевые слова:** ректоцеле, опущение стенок влагалища, задняя кольпорафия.

*The failure of the pelvic floor, namely its posterior compartment with the formation of a rectocele against the background of the lowering of the posterior vaginal wall, continues to be one of the most common gynecological diseases, large-scale discussions regarding its diagnosis and treatment remain in the scientific world [1, 2]. Surgical tactics are the fundamental direction for verified fascia and muscle*

*defects, in the treatment of posterior vaginal wall prolapse with the formation of rectocele. The high frequency of occurrence, unsatisfactory anatomical and functional results of treatment, the high prevalence of relapses led to the search for personalized management in NTD [3].*

*Keywords: rectocele, vaginal wall prolapse, posterior colporaphy.*

**Актуальность.** Несостоятельность тазового дна (НТД) – распространённое урогенитальное заболевание, поражающее 41–50% женщин старше 40 лет [2]. НТД существенно снижает качество жизни женщин, поскольку влияет на все её сферы – личную, профессиональную, социальную, психологическую. Для оценки негативного влияния на качество жизни женщин созданы различные опросники, позволяющие охарактеризовать роль дисфункции тазовых органов в их повседневной активности, и степень выраженности сексуальной дисфункции, и качество жизни в целом [4].

Следует отметить, что пролапс может формироваться как в пределах одного отдела, так и в различных комбинациях. Именно исходя из этих соображений очень важно рассматривать систему органов малого таза и тазового дна как единое целое.

В настоящее время существует несколько сотен видов операций, направленных на лечение несостоятельности мышц тазового дна, но в связи с высокой частотой рецидивов полного удовлетворения от проведённых операций нет как у хирургов, так и у пациенток.

**Цель исследования** – провести систематический анализ данных, имеющихся в современной литературе относительно эффективности хирургического лечения несостоятельности тазового дна.

**Материалы и методы.** Для создания обзора предпринят анализ базы данных Pubmed, Embase, Cochrain и взяты международные обзоры за последние несколько лет и результаты рандомизированных контролируемых исследований.

**Результаты.** На протяжении многих лет ведутся дискуссии о причинах возникновения НТД и пролапсов тазовых органов. На данном этапе ни одна из множества теорий не может полностью объяснить причину возникновения и механизм их развития. Учитывая отсутствие теории, дающей чёткое представление о патогенезе НТД, методы коррекции всегда направлены на устранение симптомов пролапса и улучшение качества жизни пациентки, а не на профилактику. В настоящее время существует огромное количество операций, направленных на лечение ПТО и коррекцию тазового дна. Продолжается поиск новых хирургических методик с применением ауто- и аллотрансплантатов, новейшей аппаратуры и лапароскопической техники.

**Заключение.** Важно понимать тот факт, что качество жизни женщин, страдающих НТД, напрямую зависит от правильного выбора хирургической тактики с целью исключения возможных ранних и поздних осложнений, болевого синдрома или рецидива заболевания.

## Литература

1. Abhyankar P, Uny I, Semple K. et al. Women's experiences of receiving care for pelvic organ prolapse: a qualitative study // *BMC Womens Health*. – 2019. – Vol. 19. – №1. – P. 45.
2. Zuchelo L.T.S., Bezerra I.M.P., Da Silva A.T.M. et al. Questionnaires to evaluate pelvic floor dysfunction in the postpartum period: a systematic review // *Int. J. Womens Health*. – 2018. – №10. – P. 409–424.
3. Formijne Jonkers H.A., Poirier N., Draaisma W.A. et al. Laparoscopic ventral rectopexy for rectal prolapse and symptomatic rectocele: an analysis of 245 consecutive patients // *Colorectal. Dis.* – 2013. – №15 (6). – P. 695–699.

4. Abramov Y, Gandhi S, Goldberg R.P. et al. Site-specific rectocele repair compared with standard posterior colporrhaphy // *Obstet. Gynecol.* – 2015. – №105 (2). – P. 314–318.

## Прогнозирование тяжести новой коронавирусной инфекции у беременных

*Кривоносова Н.В., доц., доц. кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС.*

*Кубанский государственный медицинский университет.*

*E-mail: natalja.krivososova@yandex.ru;*

*моб. тел.: +7 (918) 458 8915.*

**Выполнен ретроспективный анализ историй беременных, госпитализированных с COVID-19 и родоразрешённых в стационаре. Определены наиболее значимые факторы для прогнозирования тяжёлого течения COVID-19: срок беременности менее 33 нед, поражение лёгких по КТ 77,7±3,9%, ферритин 180,5±38,1 нг/мл, СРБ 114,8±12,1 мг/л, уровень билирубина более 10 мкмоль/л.**

**Ключевые слова:** беременность, новая коронавирусная инфекция, тяжёлое течение.

*A retrospective analysis of the histories of pregnant women hospitalized with COVID-19 and delivered in a hospital was performed. The most significant factors for predicting the severe course of COVID-19 were determined: gestational age less than 33 weeks, lung damage on CT 77.7±3.9%, ferritin 180.5±38.1 ng/ml, CRP 114.8±12, 1 mg/l, bilirubin level more than 10 μmol/l.*

*Keywords: pregnancy, new coronavirus infection, severe course.*

**Актуальность.** Доказано, что беременные женщины имеют повышенный риск заражения респираторной вирусной инфекцией и развития тяжёлой пневмонии из-за физиологических изменений иммунной и сердечно-лёгочной систем [1]. Уроки извлечены из предыдущей пандемии гриппа H1N1 в 2009 г. [2].

**Цель исследования** – оценить факторы прогнозирования тяжести течения новой коронавирусной инфекции у беременных на амбулаторном этапе.

**Материалы и методы.** Проанализирована база данных беременных женщин, поступивших в ККБ №2 МЗ КК с тяжёлым и крайне тяжёлым течением коронавирусной инфекции. Критерии включения в исследование: лабораторно подтверждённая коронавирусная инфекция, беременность и наличие материнского исхода. Анализировались следующие лабораторные показатели: Д-димер, ферритин, СРБ, билирубин, уровни лейкоцитов, лимфоцитов, тромбоцитов, лактата, креатинина. Для оценки различий средних арифметических в группах использовался критерий Ньюмена–Кейлса, для оценок непараметрических показателей использовался критерий Пирсона, дополнительно вычислялось отношение шансов. Уровень значимости нулевой гипотезы  $p$  для всех критериев принимался равным 0,05.

**Результаты.** Ретроспективно все беременные были разделены на три группы: I группа – пациентки, не нуждавшиеся в респираторной поддержке (13 человек); II группа – беременные, получавшие неинвазивную респираторную поддержку (52 человека); III группа – пациентки, нуждавшиеся в инвазивной респираторной поддержке (16 человек). Беременные III группы

были моложе (28,2±1,4 года), чем беременные во II и III группах (31,5±0,7 и 31,8±1,2 года). Все беременные поступали с 6-го по 8-й день болезни. Поражение лёгких по КТ существенно различалось по группам: I группа – 35,2±4,8%, II группа – 56,8±2,6%, III группа – 77,7±3,9%. Пациентки III группы поступали на более ранних сроках беременности – 29,9±1,3 нед, беременные I и II групп – в 37,4±0,8 и 35,4±0,4 нед. Риск необходимости в респираторной поддержке для женщин, поступавших в срок беременности до 33 нед, был в 12,2 раза выше. При анализе лабораторных данных: Д-димер был выше у беременных I группы (4,2±2,6) по сравнению с беременными II группы (1,4±0,2 мкг/мл) (p<0,001), однако различий между I и III и II и III группами выявлено не было. Ферритин в среднем был ниже у беременных, не нуждавшихся в респираторной поддержке – 52,0±12,5 против 161,4±22,8 и 180,5±38,1 нг/мл у беременных II и III групп соответственно. Вероятность необходимости респираторной поддержки для беременных с уровнем СРБ более 40 была выше в 7,1 (95% CI 1,9–26,0) раза. Билирубин был выше у беременных III группы по сравнению с показателями как I, так и II группы – 14,4±2,5 против 8,5±0,9 и 9,2±0,7 мкмоль/л соответственно. В уровне лейкоцитов, лимфоцитов, тромбоцитов, лактата, креатинина различий по группам пациентов не обнаружено.

Таким образом, наиболее значимыми факторами для прогнозирования тяжёлого течения COVID-19 у беременных были срок беременности менее 33 нед, поражение лёгких по КТ 77,7±3,9%, ферритин 180,5±38,1 нг/мл, СРБ 114,8±12,1 мг/л, уровень билирубина более 10 мкмоль/л.

## Литература

1. Пенжоян Г.А. Эффективность современных перинатальных технологий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – №6. – С. 42.
2. Заболотских И.Б., Пенжоян Г.А., Мусаева Т.С. и др. Анализ факторов риска летального исхода у беременных и родильниц при тяжёлом течении гриппа H1N1 // Анестезиология и реаниматология. – 2010. – №6. – С. 30–32.

## Эффективность метода биологической обратной связи по электромиограмме (ЭМГ-БОС-терапия) на аппарате Callibri BeFit PRO в терапии недостаточности мышц тазового дна у женщин после родов

<sup>1</sup>Кузина С. В., врач акушер-гинеколог;

<sup>1</sup>Силантьева Е. С., докт. мед. наук, зам. главного врача по реабилитации, врач акушер-гинеколог, врач-физиотерапевт.

<sup>1</sup>Клинический госпиталь «Лапино» ГК «Мать и дитя»,  
Московская область.

E-mail: stasy83@bk.ru; моб. тел.: +7 (903) 011 1836.

В отделении реабилитации КГ «Лапино» проведено исследование по сравнению эффективности методов произвольной тренировки мышц тазового дна в терапии несостоятельности мышц тазового дна у женщин после родов. Доказана большая эффективность ЭМГ-БОС-терапии на аппарате Callibri BeFit PRO по сравнению с упражнениями Кегеля. Эффективность терапии оценивалась с помощью анализа динамики жалоб пациенток и данных электромиографии до и после лечения.

**Ключевые слова:** БОС-терапия, тренировка мышц тазового дна, несостоятельность мышц тазового дна (НМТД), пролапс гениталий, недержание мочи.

*In the department of rehabilitation Hospital Lapino, was conducted a study of comparing the efficiency of methods of voluntary training of the pelvic floor muscles in the treatment of pelvic floor muscle wasting in women after childbirth. The greater effectiveness of EMG-biofeedback therapy on the «Callibri BeFit PRO» device has been proven in comparison with Kegel exercises. The effectiveness of therapy was assessed by analyzing the dynamics of patient complaints and electromyography data before and after treatment.*

*Keywords: biofeedback therapy, pelvic floor muscle training, pelvic floor muscle wasting, pelvic organ prolapse, urinary incontinence.*

**Актуальность.** НМТД составляет не менее 31,4% среди женщин репродуктивного возраста [1]. Роды – один из основных факторов, приводящих к НМТД, следовательно, оптимальным временем для начала коррекции нарушений являются первые месяцы после родов [2]. Известно, что ЭМГ-БОС-терапия является более эффективным методом лечения дисфункций мышц тазового дна по сравнению с обычной тренировкой МТД [3].

**Цель исследования** – оценить эффективность ЭМГ-БОС-терапии на аппарате Callibri BeFit PRO в лечении женщин с несостоятельностью мышц тазового дна после родов.

**Материалы и методы.** В соответствии с критериями включения и исключения были обследованы 66 женщин (n=66) после родов с диагнозом НМТД (N81.8) при условии целостности фасциального компартмента и рандомно разделены на две группы. Основная группа (n=34) получала БОС-терапию на аппарате Callibri BeFit PRO, группа сравнения (n=32) получала тренировку мышц тазового дна с помощью упражнений Кегеля после предварительного обучения правильной методике выполнения.

**Результаты.** Оценка динамики жалоб, характерных для НМТД, показала большую эффективность терапии в группе I (ощущение «широкого» влагалища в группе I: до лечения – 52%, после – 21%, в группе II: до – 49%, после – 32%; снижение чувствительности при интимной близости в группе I: до – 73%, после – 22%, в группе II: до – 65%, после – 44%; недержание мочи в группе I: до – 67%, после – 26%; в группе II: до – 69%, после – 45%; аэровагинизм в группе I: до – 76%, после – 33%; в группе II: до – 72%, после – 54% [p < 0,05]). Аналогичные результаты получились после анализа электромиограммы (максимальное сокращение, мВ, в группе I: до лечения – 19,44, после – 33,6; в группе II: до – 19,21, после – 24,32; максимальное расслабление, мВ, в группе I: до – 1,75, после – 0,69; в группе II: до – 1,67, после – 1,24; максимальная длительность сокращения, сек, в группе I: до – 26,18, после – 43,51, в группе II: до – 23,05, после – 32,49 [p < 0,05]).

**Заключение.** БОС-терапия на аппарате Callibri BeFit PRO является более эффективным методом терапии НМТД у женщин после родов по сравнению с упражнениями Кегеля.

## Литература

1. Доброхотова Ю.Э., Нагиева Т.С. Дисфункция тазового дна у женщин репродуктивного периода, синдром релаксированного влагалища – необходимость реабилитации в послеродовом периоде // РМЖ. – 2017. – №15. – С. 1121–1124.
2. Суханов А.А., Дикке Г.Б., Кукарская И.И. Сила мышц тазового дна у женщин после родов и влияние на неё консервативных методов лечения // Медицинский совет. – 2019. – №6. – С. 142–147.

3. Wu X., Zheng X., Yi X. et al. Electromyographic Biofeedback for Stress Urinary Incontinence or Pelvic Floor Dysfunction in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis // Adv. Ther. – 2021. – Vol. 38. – P. 4163–4177.

## Анамнестические риск-факторы несостоятельного рубца на матке

<sup>1</sup>Курочка М.П., докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии №1;

<sup>1</sup>Пелогеева Е.И., аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1;

<sup>2</sup>Колганова А.А., канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог.

<sup>1</sup>Ростовский государственный медицинский университет;

<sup>2</sup>Перинатальный центр, г. Ростов-на-Дону.

E-mail: epiii05@mail.ru; моб. тел.: +7 (918) 599 5288.

Нами был проведён ретроспективный анализ 68 историй родов женщин, разделённых на две группы: контрольная группа – пациентки с рубцом на матке, родившие через естественные родовые пути, и основная группа – пациентки, прооперированные после развития регулярной родовой деятельности. Основными причинами формирования несостоятельного рубца на матке явились аборт в анамнезе и предыдущая операция кесарева сечения (КС), выполненная при клиническом несоответствии размеров таза и плода (МКБ О33).

**Ключевые слова:** беременные с рубцом на матке, вагинальные роды с рубцом на матке, несостоятельность рубца на матке.

*We conducted a retrospective analysis of 68 birth histories divided into 2 groups: the control group – patients with a scar on the uterus who gave birth through the natural birth canal, and the main group – patients operated after the development of regular labor.*

*The main reasons for the formation of an untenable scar on the uterus were a history of abortions and a previous cesarean section (CS) performed due to the established discrepancy between the size of the pelvis and the fetus (ICD O33).*

*Keywords: pregnant women with a scar on the uterus; vaginal birth with a scar on the uterus; failure of the scar on the uterus.*

**Актуальность.** По данным ВОЗ, процент кесарева сечения вырос с 7% в 1990 г. до 21% в 2020-м.

Одним из важных факторов благоприятного заживления ткани миометрия и формирования полноценного рубца являются локализация разреза на матке и метод ушивания. Ряд исследований отдаёт предпочтение двурядному шву как фактору, обеспечивающему формирование состоятельного рубца [1, 2].

В последнее десятилетие всё чаще поднимается вопрос о возможности влагалищных родов у беременных с рубцом на матке как резерве снижения количества абдоминальных родоразрешений. Проводится множество исследований в поиске характеристик «идеального кандидата» для вагинальных родов с рубцом, но консенсус не достигнут и по сей день [3, 4].

**Цель** – анализ и выявление основных факторов формирования несостоятельного рубца на матке после одной операции КС во время родов.

**Материалы и методы.** Нами проведён ретроспективный анализ 68 историй родов пациенток с рубцом на матке после одной предыдущей операции КС за период 2019–2020 гг. Все пациентки были разделены на две группы: первая (контрольная)

группа – женщины с одним рубцом на матке, родившие через естественные родовые пути; вторая (основная) группа – пациентки, прооперированные после развития регулярной родовой деятельности. Все исследуемые сопоставимы по возрасту и анамнезу (в предыдущих родах выполнена операция кесарева сечения). Средний возраст в первой группе составил  $33\pm 2,4$  года, индекс массы тела до беременности  $Me 23,4$ . Средний возраст пациенток второй группы  $32\pm 2$  года, индекс массы тела до беременности  $Me 23,1$ .

Все пациентки имели показатель интергенетического интервала более 2 лет 9 мес и толщину рубца по данным ультразвукового исследования более 2 мм.

**Результаты.** У всех пациенток в анамнезе были аборты: в контрольной группе – четыре (11%), в основной – восемь (25%); иные внутриматочные вмешательства (выскабливания полости матки после неразвивающейся беременности, гистероскопии) составили в группе вагинальных родов 13 (37%), в группе абдоминального родоразрешения – 12 (37,5%). Послеоперационные осложнения после первой операции КС отмечены только в первой группе (одно; 3,5%).

Нами выполнен анализ показаний к первой операции КС: в группе вагинальных родов плановые операции составили 14 (40%), экстренные – 21 (60%), установленное несоответствие размеров таза и плода – четыре (11%), ягодичное предлежание плода – 10 (28%), преждевременные роды в сроке 32 нед – три (8,5%), аномалии родовой деятельности (первичная и вторичная слабость родовой деятельности) – пять (14%); в группе абдоминального родоразрешения плановые операции составили девять (28%), экстренные – 23 (72%), установленное несоответствие размеров таза и плода – девять (28%), ягодичное предлежание плода – три (8,5%), преждевременные роды в сроке 32 нед отсутствовали, аномалии родовой деятельности (первичная и вторичная слабость родовой деятельности) – 10 (31%).

Среди причин повторной операции кесарева сечения в контрольной группе была выявлена угроза несостоятельности рубца на матке в 14 случаях (43,75%), слабость родовой деятельности – в 18 (56,25%).

Интраоперационно у 24 (75%) пациенток основной группы было выявлено истончение рубцовой ткани до 1 мм и наличие дефекта, прикрытого пузырно-маточной складкой. Это даёт возможность предположить патогенез слабости родовой деятельности за счёт нарушения архитектоники области рубцового миометрия.

**Заключение.** Анализ анамнеза пациенток, находившихся в родах, позволяет предположить связь формирования несостоятельного рубца на матке с ранее перенесёнными абортами, а также с кесаревым сечением, выполненным по поводу установленного несоответствия размеров таза и плода (МКБ О33). Стоит отметить, что в основной группе в 2 раза чаще отмечались аномалии родовой деятельности (первичная и вторичная слабость родовой деятельности), вероятно, за счёт несостоятельного рубца на матке.

Исследование требует расширения основной группы пациенток и дополнительного анализа.

## Литература

1. Радзинский В.Е., Князев С.А. Настоятельные рекомендации ВОЗ о снижении доли кесаревых сечений // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2015. – №3 (26). – С. 8–12.
2. Серов В.Н. Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода: Клинические рекомендации (протокол). – М., 2014. – 44 с.

3. Grobman W.A., Sandoval G., Rice M.M. et al. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Prediction of vaginal birth after cesarean delivery in term gestations: a calculator without race and ethnicity // *Am.J. Obstet. Gynecol.* – 2021. – Dec. – Vol. 225. – №6. – P. 664.e1–664.e7. [PMID: 34043983]
4. Thornton P.D., Emeis C.L., Pearson P.D. Vaginal Birth After Cesarean calculator 2.0: still problematic // *Am.J. Obstet. Gynecol.* – 2022. – Feb. – Vol. 226. – №2. – P. 281–282. [PMID: 34481770]
5. Wingert A., Hartling L., Sebastianski M. et al. Clinical interventions that influence vaginal birth after cesarean delivery rates: Systematic Review & Meta-Analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* – 2019. – Dec 30. – Vol. 19. – №1. – P. 529. [PMID: 31888540]

## Что препятствует формированию состоятельного рубца на матке

<sup>1</sup>Курочка М.П., докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии №1;

<sup>1</sup>Пелогейна Е.И., аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1;

<sup>2</sup>Воронина Л.Н., врач акушер-гинеколог.

<sup>1</sup>Ростовский государственный медицинский университет;

<sup>2</sup>Перинатальный центр, г. Ростов-на-Дону.

E-mail: epiii05@mail.ru;

моб. тел.: +7 (918) 599 5288.

Был проведён ретроспективный анализ 102 историй родов пациенток с рубцом на матке после одной операции кесарева сечения (КС). Все пациентки были разделены на три группы: первая (контрольная) группа – пациентки, родившие через естественные родовые пути с рубцом на матке; вторая (основная) группа – пациентки с установленной несостоятельностью рубца на матке до развития регулярной родовой деятельности; третья (основная) группа – пациентки с рубцом на матке, прооперированные после развития регулярной родовой деятельности.

Основными факторами риска формирования несостоятельного рубца на матке выделены внутриматочные вмешательства, предыдущая операция, выполненная по экстренным показаниям, воспалительные заболевания органов малого таза.

Ключевые слова: беременные с рубцом на матке, вагинальные роды с рубцом на матке, несостоятельность рубца на матке.

*A retrospective analysis of 102 birth histories of patients with a scar on the uterus after one cesarean section (CS) was performed. All patients were divided into 3 groups: 1st control group – patients who gave birth through the natural birth canal with a scar on the uterus, 2nd main group – patients with established failure of the scar on the uterus before the development of regular labor, 3rd main group – patients with a scar on the uterus, operated after the development of regular labor.*

*The main risk factors for the formation of an untenable scar on the uterus are intrauterine interventions, previous surgery performed for emergency indications, inflammatory diseases of the pelvic organs.*

*Keywords: pregnant women with a scar on the uterus; vaginal childbirth with a scar on the uterus; failure of a scar on the uterus.*

**Актуальность.** В Российской Федерации процент абдоминального родоразрешения, по данным Росстата, в 2019 г. достиг 30% по сравнению с 17,9% в 2005 г. [1, 2]. Тенденция увели-

чения прооперированных первородящих на протяжении нескольких десятилетий волнует множество стран мира. Наличие рубца на матке ещё до недавнего времени являлось своеобразным приговором к повторному оперативному родоразрешению.

Благодаря разработанной в 2001 г. классификации М. Робсона одним из возможных путей снижения оперативных родов стали рассматривать роды с одним рубцом на матке [3].

В 2019 г. был опубликован практический бюллетень АСОГ №205 «Вагинальные роды после кесарева сечения». Цель этого документа заключается в том, чтобы рассмотреть риски и преимущества вагинальных родов с рубцом на матке при различных клинических ситуациях и предоставить практические рекомендации по консультированию и ведению пациенток, которые предпринимают попытку родить естественным путём после предыдущего кесарева сечения [4].

Всё чаще поднимается вопрос о возможности влагалищных родов у беременных с рубцом на матке, которые нередко могут осложниться разрывом матки по рубцу в любом триместре беременности [5, 6].

В 2021 г. был создан клинический протокол РФ «Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде» (утв. Минздравом РФ), в котором определены порядок и тактика ведения родов у группы пациенток с рубцом после одной предыдущей операции кесарева сечения, при этом портрет «идеального кандидата» для вагинальных родов на данный момент так и не установлен [7].

**Цель** – определение факторов, препятствующих формированию состоятельного рубца на матке после одной операции кесарева сечения с целью прогнозирования возможности вагинальных родов.

**Материалы и методы.** Проведён ретроспективный анализ 102 историй родов пациенток с рубцом на матке после одной предыдущей операции кесарева сечения за период 2019–2020 гг. Все пациентки были разделены на три группы: первая (контрольная) группа – пациентки, родившие через естественные родовые пути с рубцом на матке; вторая (основная) группа – пациентки с установленной несостоятельностью рубца на матке до развития регулярной родовой деятельности; третья (основная) группа – пациентки с рубцом на матке, прооперированные после развития регулярной родовой деятельности.

Все исследуемые сопоставимы по возрасту и анамнезу, в предыдущих родах выполнена операция кесарева сечения. Средний возраст в первой группе составил 33±2,4 года, индекс массы тела до беременности Me 23,4. Средний возраст пациенток второй группы 34±4 года, индекс массы тела до беременности Me 20. Средний возраст пациенток третьей группы 32±2 года, индекс массы тела до беременности Me 23,1.

**Результаты.** У всех пациенток в анамнезе были аборт: первая группа – четыре (11%), вторая группа – 10 (28%), третья группа – восемь (25%); иные внутриматочные вмешательства (выскабливания полости матки после неразвивающейся беременности, гистероскопии) составили в группе вагинальных родов 13 (37%), в группе абдоминального родоразрешения до начала родовой деятельности – 22 (62%), в группе пациенток, прооперированных в родах, – 12 (37,5%). Воспалительные заболевания органов малого таза в основной группе отмечены у семи пациенток (20%), в группе абдоминального родоразрешения до начала родов в 17 случаях (48,5%), в группе абдоминального родоразрешения после развития регулярной родовой

деятельности у пяти пациенток (20%). Послеоперационные осложнения после первой операции КС отмечены только в первой и второй группах и составили один (3,5%) и семь (20%) соответственно.

Был выполнен анализ показаний к первой операции кесарева сечения: в первой группе плановые операции составили 14 (40%), экстренные – 21 (60%); во второй группе плановые операции составили семь (20%), экстренные – 28 (80%); в третьей группе плановые операции составили девять (28%), экстренные – 23 (72%).

При гистологическом анализе последов гнойный хориоамнионит в основной группе выявлен в четырёх случаях (11,4%), во второй группе – в 17 случаях (48,5%), в третьей группе – в 23 случаях (71%).

Среди причин повторной операции кесарева сечения в третьей группе основными были угроза несостоятельности рубца на матке (14; 43,75%), слабость родовой деятельности (18; 56,25%).

Интраоперационно у 75% исследуемых описан истончённый рубец (до 1 мм, дефекты рубца), что может говорить о том, что слабость родовой деятельности в половине случаев была обусловлена несостоятельностью рубца на матке.

**Заключение.** Проведённый ретроспективный анализ историй родов показал взаимосвязь между формированием несостоятельного рубца на матке и наличием в анамнезе внутриматочных вмешательств, воспалительных заболеваний органов малого таза, а также с предыдущей операцией КС, выполненной по экстренным показаниям.

Наличие гнойного хориоамнионита в двух группах с абдоминальным родоразрешением подтверждает роль воспалительного фактора в генезе истончения рубца на матке.

Согласно анализу группы пациенток, родоразрешённых после развития регулярной родовой деятельности, аномалии родовой деятельности могут формироваться на фоне несостоятельности рубца на матке, в таком случае родостимуляция может быть фактором риска разрыва матки по рубцу.

Данное исследование требует расширения группы пациенток, родоразрешённых в родах, с дополнительным анализом анамнестических факторов.

## Литература

1. *Здравоохранение в России. 2019: Стат. сб./ Росстат.* – М., 2019. – 59 с.
2. Радзинский В.Е., Князев С.А. Настоятельные рекомендации ВОЗ о снижении доли кесаревых сечений // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* – 2015. – №3 (26). – С. 8–12.
3. Triep K., Torbica N., Raio L. et al. The Robson classification for caesarean section-A proposed method based on routinely collected health data // *PLoS One.* – 2020. – Nov 30. – Vol. 15. – №11. – P. e0242736. [PMID: 33253262]
4. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery // *Obstet. Gynecol.* – 2019. – Feb. – Vol. 133. – №2. – P. e110-e127. [PMID: 30681543]
5. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Лозутова Л.С. и др. Диагностика и тактика ведения пациенток с несостоятельным рубцом на матке после кесарева сечения на этапе планирования беременности // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2015. – Т. 15. – №5. – С. 82–88. – URL: <https://doi.org/10.17116/rosakush201515482-88>.
6. Tanos V., Toney Z.A. Uterine scar rupture – Prediction, prevention, diagnosis, and management // *Best Pract. Res Clin. Obstet. Gynaecol.* – 2019. – Aug. – Vol. 59. – P. 115–131. [PMID: 30837118]

## Результаты нового метода подготовки беременных к родам

*Лайпанова Х.М., ассистент кафедры акушерства и гинекологии;*

*Жаркин Н.А., докт. мед. наук, проф.;*

*Айрапетян Е.Г., ассистент.*

*Волгоградский государственный университет.  
E-mail: halimat2011@mail.ru; моб. тел.: +7 (988) 004 4839.*

**Проведён анализ исхода родов у 48 женщин, прошедших во время беременности подготовку к родам по специальной программе с использованием психологического и физического тренинга на основе применения биологической обратной связи. Частота и тяжесть родового травматизма оказалась ниже в группе рожениц, прошедших подготовку, чем в группе сравнения.**

**Ключевые слова:** родовый травматизм, подготовка к родам, биологическая обратная связь.

*The analysis of the outcome of childbirth in 48 women who have undergone special training according to the original method using psychological and physical training with the use of biofeedback during pregnancy has shown that the frequency and severity of birth injuries are lower in the group of women who have undergone training than in the comparison group.*

*Keywords: birth trauma, preparation for childbirth, biofeedback technique.*

**Актуальность.** Травмы родовых путей составляют до 40% при естественном родоразрешении: у первородящих они встречаются до 73%, а при выполнении акушерских пособий достигают 90% [1, 2]. Акушерские травмы промежности являются ведущими факторами развития многих осложнений, таких как несостоятельность мышц тазового дна, рубцовая деформация вульвы, приводящая к зиянию половой щели и нарушению биоценоза влагалища, сексуальной дисфункции и т.д. [3, 4]. В связи с этим усовершенствование известных и разработка новых методов профилактики родового травматизма мышц промежности представляет собой актуальную задачу практического акушерства.

**Цель исследования** – оценить результаты усовершенствованного метода подготовки беременных к родам.

**Материалы и методы.** Было проведено исследование частоты родового травматизма у 48 рожениц, которые были разделены на две группы. Первая группа состояла из 24 рожениц, которые прошли подготовку к родам по предлагаемой методике (основная группа). Вторая группа (сравнения) включала 24 роженицы, не прошедших специальную подготовку к родам. Оптимальные сроки для занятий по профилактике родового травматизма 34–37 нед беременности. Программа занятий включала два этапа. На первом этапе беременным предлагалось прослушать восемь видеозанятий, во время которых давались рекомендации по характеру питания, лимитируемой физической нагрузке и поведения накануне родов. Объяснялись принципы саморегуляции на основе метода биологической обратной связи (БОС). Беременные обучались поведению в первом периоде родов, приёмам корректной дыхательной техники во время схваток, а также получали информацию о принципах поведения во время потуг. Продолжительность каждого занятия составляла не более 15 мин.

На втором этапе проводились индивидуальные занятия по тренингу мышц промежности и тазового дна. Беременные

обучались навыкам управления указанными группами мышц с помощью метода биологической обратной связи путём использования комплекса «вагинальный датчик – компьютер – монитор». Вагинальный датчик, реагирующий на сокращения мышц, с помощью беспроводной связи передаёт сигналы на компьютер, на экране которого отражается миограмма в виде вертикальных полос. Тем самым осуществляется визуальный контроль мышечной деятельности. Беременная видит результат своей мышечной активности на экране и осознанно может управлять сокращением и расслаблением мышц. Для закрепления результата требовалось три–пять занятий продолжительностью 7–10 мин.

**Результаты.** В основной группе родовой травматизм отсутствовал у 16 (66,5%) пациенток, эпизиотомия выполнена у пяти (20,5%), у трёх (12,5%) произошли разрывы промежности 1-й степени. В группе сравнения отсутствие родового травматизма отмечено у 11 (46%) родильниц, а эпизиотомия и разрывы промежности зафиксированы у девяти (38%) и четырёх (16%) рожениц соответственно.

**Заключение.** Таким образом, предлагаемый метод профилактики акушерского травматизма снижает частоту и тяжесть травм промежности. Однако для получения достоверных данных требуется оценить его эффективность в более крупной когорте пациенток.

### Литература

1. Тузлуков И.И., Коваленко М.С., Наумова Н.В. и др. Разрыв промежности и эпизиотомия. Медико-социальные аспекты // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2019. – Т. 7. – №2. – С. 255–260.
2. Борщева А.А., Перцева Г.М., Алексеева Н.А. Эпизиотомия как одна из проблем современной перинеологии // Медицинский вестник Юга России. – 2019. – №10 (4). – С. 43–50.
3. Токтар Л.Р., Оразов М.Р., Ли К.И. и др. Травма промежности в родах и её последствия // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2020. – Т. 8. – №3. – С. 94–99.
4. Taithongchai A., Veiga S.I., Sultan A.N. et al. The consequences of undiagnosed obstetric anal sphincter injuries (OASIS) following vaginal delivery // Int. Urogynecol. J. – 2020. – Vol. 31. – №3. – P. 635–641.

## Эффекты биоревитализации наружных половых органов в постменопаузе

**Лещенко О.Я.**, докт. мед. наук, главный научный сотрудник отдела репродуктивных технологий;

**Базяева М.А.**, мл. научный сотрудник;

**Беленькая Л.В.**, канд. мед. наук, научный сотрудник.

Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека.

E-mail: loyairk@mail.ru; моб. тел.: +7 (964) 352 1588.

**Проведена оценка влияния вульвовагинальной биоревитализации гиалуроновой кислотой у женщин в пременопаузе и постменопаузе с вульвовагинальной атрофией на качество жизни, вагинальные симптомы и сексуальную активность.**

**Ключевые слова:** гиалуроновая кислота, биоревитализация, вульвовагинальная атрофия, мочеполовой синдром менопаузы.

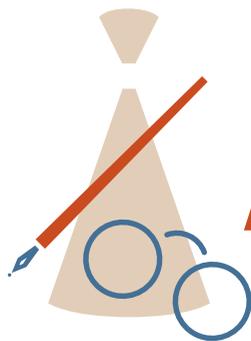
*The effect of vulvovaginal biorevitalization with hyaluronic acid in premenopausal and postmenopausal women with vulvovaginal atrophy on quality of life, vaginal symptoms, and sexual activity was evaluated.*

*Keywords: hyaluronic acid, biorevitalization, vulvovaginal atrophy, genitourinary syndrome of menopause.*

**Актуальность и цель.** Мочеполовой синдром менопаузы и в частности вульвовагинальная атрофия, ухудшает качество жизни женщин в постменопаузе, вызывая сухость, боль, зуд, снижение сексуальной активности. Существует обоснование для изучения эффективности вульвовагинальной биоревитализации методами, аналогичными внутрикожной биоревитализации (местное применение аутоплазмы и гиалуроновой кислоты).

**Материалы и методы.** Обследованы 22 женщины в возрасте от 40 до 65 лет, испытывающие перименопаузальную или постменопаузальную сухость влагалища, атрофию слизистой оболочки, подтверждённую исследованиями (истончение или сложенность влагалища, бледность и петехии слизистой оболочки, болезненность при осмотре и др.), а также другие симптомы, включая диспареунию. Мочеполовые инфекции, пролапс тазовых органов за пределы гимена, вульводиния или хроническая вульварная боль, связанная с дерматитом или дистрофией вульвы, вирусные поражения, включая папилломавирусную инфекцию высокого онкогенного риска, положительный тест по Папаниколау, менопаузальная гормональная терапия и любое местное лечение, направленное на купирование вульвовагинальных симптомов, были критериями исключения. После скрининга все женщины предоставили письменное информированное согласие на анонимный сбор их данных перед первым сеансом вульвовагинальной биоревитализации. Исследование одобрено локальным этическим комитетом. Биоревитализация проводилась препаратами на основе гиалуроновой кислоты 1–2 мл за сеанс, протокол состоял из трёх процедур с перерывом в 1 мес. Глубина введения инъекции была около 3 мм, игла предварительно наполненного шприца была 30G и вводилась под углом 30–45 градусов, инъекции выполнялись линейной ретроградной техникой в больших половых губах с помощью техники микропапул на малых половых губах, входе во влагалище и вокруг клитора (0,1 мл и расстояние 0,5–1 см). В качестве биоревитализанта использовали гиалуронат натрия с общим содержанием гиалуроновой кислоты 18 мг/мл с молекулярным весом 1000 кДа, в комплектации стерильный шприц 1,1 мл в комплекте с упорами двумя стерильными иглами 30G 13 мм. За 30 мин до процедуры на наружные половые органы наносили анестезирующий крем, содержащий прилокаин и лидокаин 2,5 г + 2,5 г / 100 мг. Все пациентки были опрошены с помощью демографических и анамнестических валидизированных анкет, включая визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), SF12, FSFI и оценку индекса вульвовагинального здоровья.

**Результаты.** Все женщины испытали быстрое улучшение симптомов уже после первой процедуры биоревитализации по сравнению с исходным уровнем (суммарная оценка негативных симптомов уменьшилась с 53 до 42%), с особым упором на уменьшение зуда, болезненности и сухости (оценка симптомов – 53%). По окончании периода наблюдения показатели диспареунии и сухости влагалища снизились на 60%. После трёх процедур биоревитализации медианный показатель шкалы женской сексуальности FSFI показал значительное увеличение до 28, что соответствует улучшению на 35% ( $p=0,040$ ). При рассмотрении общего балла по ВАШ, рассчитанного с использованием всех ответов в каждый момент времени (три визита оценки после каждой процедуры биоревитализации и далее через 3 мес после последней процедуры), медианный балл по ВАШ значительно снизился: с 23,0



IV Общероссийская  
научно-практическая конференция  
акушеров-гинекологов

10–11 ноября 2022 года, Санкт-Петербург

Оттовские чтения

225 лет НИИ им. Д.О. Отта

РЕГИСТРАЦИЯ  
ОТКРЫТА!



StatusPraesens  
*professionalia*



ОТТ



✉ ova@praesens.ru

🌐 praesens.ru

📺 praesens

📍 praesensaig

☎ +7 (495) 109 2627; 8 (800) 600 3975

Зарегистрироваться 

(среднее = 22,6; SD=14,4) до 5,0 (среднее = 13,0; SD=10,8) через 1 мес после третьей процедуры лечения ( $p=0,038$ ) и до 5,0 (среднее значение = 11,2; SD=9,2) через 3 мес после окончания лечения ( $p=0,015$ ). Никаких осложнений протокола биоревитализации не наблюдалось за всё время исследования.

**Заключение.** Биоревитализация препаратами на основе гиалуроновой кислоты – офисная, безопасная, быстрая, относительно недорогая и технически несложная процедура, эффективная при вульвовагинальной атрофии. Это исследование является пилотным для дальнейшего изучения различных методик и препаратов для биоревитализации в лечении вульвовагинальной атрофии в пери- и постменопаузе.

## Пятилетние результаты работы кабинета вспомогательных репродуктивных технологий

*Ловцева В.А., зав. женской консультацией.*

*Череповецкий городской родильный дом.*

*E-mail: lovsevavika@yandex.ru; моб. тел.: +7 (921) 133 7078.*

**В работе представлены пятилетние результаты деятельности кабинета ВРТ. Проведён анализ эффективности программы полного цикла ЭКО в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на базе кабинета ВРТ Череповецкого городского родильного дома. Выделены основные причины отказов от ЭКО, отрицательных результатов, предложены пути решения.**

**Ключевые слова:** бесплодие, ВРТ, ЭКО.

*The paper presents the five-year results of the work of the ART cabinet. In the form of an analysis of the effectiveness of the full-cycle IVF program within the framework of compulsory medical insurance on the basis of the ART cabinet of the Cherepovets city maternity hospital. The main causes of negative results are highlighted, solutions are proposed.*

*Keywords: ART, infertility, IVF.*

**Актуальность.** В России частота бесплодия колеблется от 17 до 24% в различных регионах. Одной из целей национального проекта «Демография» является повышение суммарной рождаемости, в том числе с помощью программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.

**Цель исследования** – оценить пятилетние результаты работы программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), полного цикла, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на базе кабинета ВРТ Череповецкого городского родильного дома.

**Материалы и методы.** Настоящее исследование проводилось на базе Череповецкого городского родильного дома, женской консультации №2, кабинета ВРТ. В работу были включены 836 женщин в возрасте от 20 ( $\pm 10$ ) до 44 ( $\pm 10$ ) лет, которые обратились в кабинет ВРТ для помощи в проведении процедуры ЭКО в рамках территориальной программы ОМС с января 2017 г. по декабрь 2021 г. включительно.

Проведён ретроспективный анализ методом опроса и анализа медицинской документации, в ходе которого выполнена оценка клинико-демографических данных.

Статистическая обработка проводилась при помощи табличного процессора Excel 2010.

**Результаты.** За пятилетний период документы для проведения процедуры ЭКО по ОМС подали 836 человек. Из них на

полный цикл – 725 (86%), на криоперенос – 112 человек (14%). Получили медицинскую помощь 602 женщины (72%). 123 (28%) человека не прошли процедуру ЭКО по разным причинам: наступила спонтанная беременность – 43 случая (6,1%), отказались сами пациенты – 18 случаев (21,2%), отказ кабинета ВРТ – 51 случай (65,5%), отказы клиник – девять случаев (11,1%).

Из 602 полных циклов положительный результат получен у 108 пациенток (18,1%), отрицательный результат – у 471 человека, что составило 78,6%. 23 женщины (4,3%) переведены в сегментированные циклы. В качестве положительного результата рассматривалась только подтверждённая беременность.

Из 108 полученных беременностей лишь 53 (48,2%) закончились срочными родами. Восемь случаев (7,1%) преждевременных родов. 17 беременностей (16,3%) прервались ещё до 12 нед. В пяти случаях (5,3%) оказалась трубная беременность. И на момент исследования 25 пациенток (25,1%) оставались беременными.

**Выводы.** В ходе исследования проанализированы пятилетние результаты работы кабинета ВРТ: результативность процедуры ЭКО в рамках территориальной программы ОМС и причины отказа от проведения процедуры. Данный анализ позволяет разработать персонализированные рекомендации для подготовки супружеских пар к ЭКО с целью увеличения эффективности вышеуказанной программы.

## Литература

1. О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению: Приказ Минздрава РФ №803н от 31 июля 2020 г.
2. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»: Приказ Минздрава РФ №1130н от 20 октября 2020 г.
3. Нормальная беременность: Клинические рекомендации / Минздрав РФ. – М., 2020.
4. Женское бесплодие: Клинические рекомендации / Минздрав РФ. – М., 2021.
5. Мужское бесплодие: Клинические рекомендации / Минздрав РФ. – М., 2021.

## Что такое личный бренд и для чего он нужен медицинскому специалисту?

**Медведева А.В., директор сети клиник «Мастерская здоровья», основатель и руководитель действующей онлайн-школы Александры Медведевой, автор курса «Личный бренд врача и руководителя клиники», эксперт по рекламе и продвижению в сфере медицинского маркетинга.**

*E-mail: a.v.medvedeva@mz-clinic.ru;  
моб. тел.: +7 (911) 921 3446.*

**Личный бренд** – это узнаваемость эксперта в профессиональной среде и среди потребителей его продукта или услуги. Это не просто повсеместная популярность, а вес специалиста в конкретной профессиональной нише.

**Ключевые слова:** личный бренд, эксперт.

*A personal brand is the recognition of an expert in a professional sphere and among consumers of his product or service. This is not just universal popularity, but the weight as a specialist in a specific professional niche.*

*Keywords: personal brand, expert.*

В настоящее время пациенты имеют возможность выбрать для себя специалиста. При выборе врача на первое место выходит фактор доверия. На что они ориентируются при выборе чаще всего:

- рекомендации знакомых и друзей;
- рекомендации других врачей (направление от специалиста к специалисту);
- информацию о враче в открытых источниках (соцсети, агрегаторы отзывов).

По-настоящему востребованными становятся специалисты, информация об успехах практики которых доступна пациентам. А наиболее простой способ для врача увеличить поток пациентов – это развитие своего профессионального блога в социальных медиа.

Что даёт врачу личный бренд:

- коммуникацию с пациентами;
- управление репутацией;
- узнаваемость и поток обращений к нему;
- повышение ценности врача как специалиста;
- возможность консультировать удалённо;
- возможность создавать свои инфопродукты.

Преподаваемая методика развития личного бренда врача.

### 1. Распаковка личности

Распаковка – это выявление сильных сторон эксперта, которые необходимо раскрыть через блог и через социальные сети.

Распаковка помогает выявить темы, которые наиболее ресурсно будут освещаться врачом в его блоге.

### 2. Анализ целевой аудитории

Правильный анализ аудитории позволит выявить потребности пациентов, найти темы, которые будут наиболее актуальны. Анализ необходимо делать для того, чтобы публикации коррелировали с потребностями и вызывали отклик у аудитории.

### 3. Анализ конкурентов

Точный анализ конкурентного поля помогает осознать востребованность и актуальность информации для пациентов и определиться с форматами контента и способами подачи.

### 4. Упаковка профиля специалиста

Необходимо проработать транслируемый образ, который должен передавать:

- личность врача;
- сильные профессиональные стороны;
- медицинские направления, в которых он готов помогать пациентам;
- форму и способы взаимодействия с ним;
- результаты, которые получены сейчас;
- способы связи и возможности взаимодействия с автором профиля.

### 5. Выбор площадки для продвижения

В настоящее время в России наиболее актуальной площадкой для развития продвижения личного бренда врача «с нуля» я считаю сеть «ВКонтакте». По данным Mediascope, «ВКонтакте» ежемесячно посещает 84% российской интернет-аудитории. В марте месячная аудитория ВК во всём мире выросла на 2,4% и составила рекордные 100,4 млн пользователей. Платформа ВК обладает широким функционалом и позволяет размещать все возможные виды информационного и развлекательного контента. В ВК существует возможность монетизации (ВК-донат).

Заслуживает внимания соцсеть «Одноклассники». Её аудитория, по данным Mediascope на апрель 2022 г., составила 40 млн россиян.

Платформа «Telegram» не подходит для развития личного бренда «с нуля», потому что в ней практически невозможен органический набор аудитории.

Что же касается других площадок, развивать их сегодня «с нуля» не имеет смысла по причине сомнительного правового статуса. Если у специалиста уже имеется страничка в запрещённой социальной сети, можно использовать её как вспомогательный канал продвижения.

### 6. Усвоение универсальных принципов продвижения личного бренда врача в социальных сетях, которые разработаны на основе опыта продвижения множества медицинских блогов:

- профиль, оформленный по всем базовым правилам;
- разработка контента высокой степени уникальности;
- придерживание принципов регулярности создания контента (периодичность зависит от площадки);
- публикация только проверенных достоверных фактов;
- активное взаимодействие с целевой аудиторией;
- активное взаимодействие с коллегами (междисциплинарное и внутридисциплинарное).

## Перинатальные исходы в эпоху пандемии

*Мингалёва Н.В., докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС;*

*Макухина Т.Б., доц. кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС.*

*Кубанский государственный медицинский университет.*

*E-mail: mingalevan008@yandex.ru;*

*моб. тел.: +7 (918) 411 2233.*

**Анализ перинатальных исходов в Краснодарском крае, согласно официальным данным формы №32, показал стабильную частоту задержки роста плода, преждевременных родов у беременных до начала и на фоне пандемии новой коронавирусной инфекции. Мониторинг беременных, перенёвших COVID-19 в группе высокого риска задержки роста плода, позволяет профилактировать перинатальные осложнения у данного контингента.**

**Ключевые слова: задержка роста плода, пандемия COVID-19, преждевременные роды.**

*Analysis of perinatal outcomes in the Krasnodar Region, according to the official data of form No. 32, showed a stable frequency of fetal growth retardation, preterm birth in pregnant, before and during the pandemic of a new coronavirus infection. Monitoring of pregnant who have undergone COVID-19 at high risk of fetal growth retardation makes it possible to prevent perinatal complications in this group.*

*Keywords: intrauterine growth restriction, COVID-19, preterm labor.*

**Актуальность.** В настоящее время имеется недостаточно данных о влиянии заболевания беременной COVID-19 на рост и развитие плода. Воздействие перенесённых вирусных инфекций, включая COVID-19, на репродуктивную систему может быть опосредовано в том числе и токсическими эффектами применяемых препаратов, продолжительностью госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии, декомпенсацией сопутствующих хронических заболеваний [1, 2]. Оценка перинатального риска важна для наблюдения по группе высокого риска и маршрутизации беременных с целью профилактики осложнений, и в том числе оптимизации

ресурсов здравоохранения [3]. Однако мнения о кратности наблюдения беременных, в особенности перенёсших COVID-19 бессимптомно или с лёгкими/умеренными симптомами, при которых не потребовалась госпитализация, в литературе расходятся [1, 4, 5].

**Цель исследования** — изучить динамику исходов беременности до и во время пандемии COVID-19.

**Материалы.** Анализ сведений по Краснодарскому краю в 2017–2021 гг. (из формы №32).

**Результаты.** Общее количество родов (из находившихся под наблюдением на амбулаторном этапе) в Краснодарском крае, как и в целом в РФ, имеет тенденцию к снижению с 62 629 в 2017 г. до 53 635 в 2021 г. С целью изучения динамики исходов беременности до и во время пандемии COVID-19 нами проведён анализ официальной статистики — сведений формы №32 по Краснодарскому краю за 2017–2021 гг. Анализ показал, что данные исходов беременности преждевременными родами в 2020 г. показали рост (2026 случаев; 3,7%) в сравнении с 2018 г. (1838 случаев; 3,1%) и последующим снижением показателя на 0,5% в 2021 г., что составило, по данным амбулаторной службы, из состоящих на учёте по беременности 3,2%. При этом отсутствовал рост удельного веса преэклампсии во время беременности: 1,32% в 2017 г., 0,96 и 0,99%, соответственно, в 2018 и 2019 гг. В 2021 г. данный показатель составил 0,86%. При рассмотрении показателя «Патологические состояния плода» за этот период времени, по данным амбулаторной службы, не наблюдалось тенденции к росту в сравнении с 2018 г. (17,66%); в 2020 г. он составил 14,51%, а в 2021 г. его доля снизилась ещё на 3,4% (всего 6176 случаев).

Анализ сведений формы №32 «Замедление роста плода и недостаточность питания (P05)» (заболевания и причины смерти новорождённых массой тела 1000 г и более, абсолютное число и удельный вес к родам в стационаре) показал также отсутствие роста данных этой патологии и составил, по официальной статистике, 4510 случаев (6,8%) в 2018 г., 3781 случай (6,17%) — в 2019 г. и 3181 случай (5,39%) — в 2021 г.

**Заключение.** Выделение и наблюдение беременных, в том числе перенёсших COVID-19, по группе высокого перинатального риска позволяет профилактировать осложнения для плода и предотвратить ожидаемый значительный рост ЗРП в период пандемии.

## Литература

1. Адамьян Л.В., Байбарина Е.Н., Филиппов О.С. и др. Восстановление репродуктивного здоровья женщин после перенесённой новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Некоторые аспекты // Проблемы репродукции. — 2020. — №26 (4). — С. 6–13.
2. Заболотских И.Б., Пенжоян Г.А., Мусаева Т.С. и др. Анализ факторов риска летального исхода у беременных и родильниц при тяжёлом течении гриппа H1N1 // Анестезиология и реаниматология. — 2010. — №6. — С. 30–32.
3. Пенжоян Г.А. Эффективность современных перинатальных технологий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2002. — №6. — С. 42.
4. RCOG. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy // Information Version 11, 24 July 2020.
5. Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым при новой коронавирусной инфекции COVID-19: Методические рекомендации. Версия 5 (28.12.2021).

## Новые тенденции в лечении цервикальных интраэпителиальных неоплазий

<sup>1</sup>**Мкртчян Л.С.**, докт. мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения лучевых и комбинированных методов лечения гинекологических заболеваний с группой восстановительной и эстетической медицины;

<sup>1</sup>**Киселёва В.И.**, докт. мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела радиационной биохимии;

<sup>1</sup>**Крикунова Л.И.**, докт. мед. наук, проф., главный научный сотрудник отделения лучевых и комбинированных методов лечения гинекологических заболеваний с группой восстановительной и эстетической медицины;

<sup>2</sup>**Молокова К.Н.**, зам. главного врача по лечебной работе;

<sup>1</sup>**Замулаева И.А.**, докт. мед. наук, проф., руководитель отдела радиационной биохимии.

<sup>1</sup>Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба — филиал Национального медицинского исследовательского центра радиологии;

<sup>2</sup>Центральная районная больница Жуковского района.  
E-mail: liana6969@mail.ru; моб. тел.: +7 (909) 251 2849.

**Персонализированное лечение 313 больных цервикальными интраэпителиальными неоплазиями шейки матки (CIN) различной степени тяжести, имеющими критерии неблагоприятного прогноза — высокую вирусную нагрузку при эпизодической форме вируса; низкую вирусную нагрузку при полностью или частично интегрированной форме с адьювантной иммуномодулирующей (оксодигидроакридинилацетат натрия) и восстановительной (малоинвазивная перинеопластика с применением объёмобразующих средств на основе гиалуроновой кислоты или нитевых технологий) терапией, — позволило выявить более тяжёлую степень цервикальной неоплазии в 24,6% случаев CIN I–II и снизить уровень рецидивирования до 1,8% случаев, тем самым реализовав меры по вторичной профилактике рака шейки матки.**

**Ключевые слова:** цервикальные интраэпителиальные неоплазии, вирус папилломы человека, иммуномодулирующая терапия, малоинвазивная перинеопластика.

*Personalized treatment for 313 patients with cervical intraepithelial neoplasia (CIN) of varying severity, with the criteria of unfavorable prognosis — high viral load at episomal form low viral load in the fully or partially integrated form, with adjuvant immunomodulatory (sodium oxodihydroacridinyl acetate) and restorative (minimally invasive perineoplasty with hyaluronic acid-based volumizing agents or thread technology) therapies, which allowed to detect more severe cervical neoplasia in 24,6% of CIN I–II cases and decrease the recurrence rate to 1,8%, thereby implementing measures of secondary prevention of cervical cancer.*

**Keywords:** cervical intraepithelial neoplasia, human papilloma virus, immunomodulatory therapy, minimally invasive perineoplasty.

**Актуальность.** В настоящее время считается общепризнанным для целого ряда локализаций, что анализ вирусных маркёров может давать существенные преимущества врачу при оценке риска возникновения предраковой патологии и её прогрессирования в рак [1]. В отношении папилломавирусной инфекции такими маркёрами являются наличие/отсутствие вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска (ВКР) и генотип ВПЧ [2]. Однако другие крайне важные индивидуальные особенности ВПЧ-инфекции никак не учитываются, поскольку до сих пор отсутствуют точные сведения об их

прогностической значимости. Детальное понимание механизмов инициации и трансформации неопластических процессов с привлечением новейших методов и достижений молекулярной генетики может стать ключевым для разработки технологий прогнозирования течения предраковых заболеваний, оценки риска возникновения злокачественных новообразований, проведения мероприятий целевой профилактики, создания персонализированных подходов к лечению предраковых заболеваний, а также для активного мониторинга больных с целью повышения качества жизни [3].

**Цель исследования** — оценить прогностическую ценность вирусной нагрузки и интеграции ДНК ВПЧ в клеточный геном в отношении риска прогрессирования предраковых заболеваний шейки матки и развития рака шейки матки (РШМ) с целью проведения направленных лечебно-восстановительных мероприятий.

**Материалы и методы.** Проведено обследование и персонализированное лечение 313 пациенток с морфологически верифицированными цервикальными интраэпителиальными неоплазиями шейки матки различной степени тяжести. У больных в соскобах эпителиальных клеток из цервикального канала и наружной поверхности шейки матки исследовали наличие ВПЧ ВКР (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) и определяли его генотип методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Проводилась оценка количественной нагрузки и физического статуса (эписомальная или интегрированная форма) вируса. Критериями неблагоприятного прогноза у больных с CIN I–II являлись высокая вирусная нагрузка при эписомальной форме вируса; низкая вирусная нагрузка при полностью или частично интегрированной форме. В соответствии с этими критериями проводилось персонализированное лечение пациенток. Всем пациенткам с CIN I с прогностически неблагоприятными молекулярно-генетическими маркерами ВПЧ ВКР и CIN II–III выполнялась радиохирургическая резекция шейки матки по оптимизированной технологии, предусматривающая петлевую эксцизию экзоцервикса и конусовидное иссечение эндоцервикса единым блоком. Для предупреждения рецидива заболевания больным проводилась иммуномодулирующая терапия оксидигидроакридинилацетатом натрия, а при наличии признаков дисфункции мышц тазового дна — малоинвазивная перинеопластика с применением объёмобразующих средств на основе гиалуроновой кислоты или нитевых технологий.

**Результаты.** Анализ результатов гистологического исследования послеоперационного материала показал увеличение степени тяжести заболеваний шейки матки в 24,6% случаев по сравнению с предварительным диагнозом. При этом в 64,5% случаев у больных с предварительным диагнозом CIN I выявлены CIN II (17 случаев) и CIN III (три случая). Применение иммуномодулятора с противовирусной активностью совместно с радиохирургическим вмешательством способствовало ранней элиминации вируса у ВПЧ-позитивных больных (до 95%) и эпителизации шейки матки независимо от ВПЧ-инфицированности. Восстановление естественного барьера (устранение дефекта половой щели) в свою очередь способствовало снижению количества рецидивов CIN, которые наблюдались лишь в 1,8% случаев.

**Заключение.** Таким образом, патогенетическая молекулярно-генетическая предикция неблагоприятного прогноза CIN с последующим персонализированным радиохирургическим лечением, а также адъювантной иммуномодулирующей и восстановительной терапией обеспечивает эффективную вторичную профилактику инвазивного рака шейки матки.

## Литература

1. Bruni L., Albero G., Serrano B. et al. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre) // *Human Papillomavirus and Related Diseases in the WORLD*. — Summary Report, 17 June 2019.
2. Короленкова Л.И. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии и ранние формы рака шейки матки: клинко-морфологическая концепция цервикального канцерогенеза. — М., 2017. — 300 с.
3. Крикунова Л.И., Мкртчян Л.С., Киселёва В.И. Патогенетические основы развития и трансформации неопластических процессов шейки матки // *Сборник научных работ лауреатов областных премий и стипендий*. — Вып. 11. — Калуга: Калужский государственный институт развития образования, 2015. — С. 93–102.

## Гиперплазия эндометрия как фактор риска рака эндометрия

**Мулина И.А.**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.

Руководители: **Оразов М.Р.**, докт. мед. наук, проф.,

**Михалёва Л.М.**, член-корр. РАН, проф.

Российский университет дружбы народов.

E-mail: 211irina2111@rambler.ru; моб. тел.: +7 (968) 062 5477.

Эндометрий представляет собой уникальную ткань, ежемесячно подвергающуюся циклическим изменениям, суть которых заключается в пролиферации, секреции и децидуализации под влиянием стероидных гормонов яичников. Одной из патологических трансформаций является гиперплазия эндометрия. Проблема приобретает большую значимость в связи с функциональными и структурными изменениями в репродуктивной системе женщин, что приводит к снижению качества жизни.

**Ключевые слова:** гиперплазия эндометрия, рак эндометрия, патогенез, факторы риска.

*The endometrium is a unique tissue that undergoes cyclical changes every month, the essence of which is proliferation, secretion and decidualization under the influence of steroid hormones of the ovaries. One of the pathological transformations is endometrial hyperplasia. The problem becomes important due to functional and structural changes in the reproductive system of women, which leads to a decrease in the quality of life.*

**Keywords:** endometrial hyperplasia, endometrial cancer, pathogenesis, risk factors.

**Актуальность.** Распространённость гиперплазии эндометрия (ГЭ) по результатам популяционного исследования составляет 133 пациентки на 100 тыс. женщин-лет [1]. Особую тревогу вызывает увеличение частоты рака эндометрия (РЭ). Согласно исследованиям Американского онкологического общества, 70% случаев рака тела матки связано с избыточной массой тела и недостаточной физической активностью на фоне нелеченой/неверифицированной ГЭ [2].

Было установлено, что частота случаев гиперплазии эндометрия в 3 раза превышает количество случаев рака эндометрия [3, 4].

**Цель работы** — провести систематический обзор данных, имеющихся в современной литературе, о распространённости, факторах риска, патогенезе и лечении пациенток, страдающих гиперпластическим процессом эндометрия.

**Материалы и методы.** Проведён анализ базы данных Pubmed, Embase, Cochrain и взяты международные обзоры за

последние несколько лет и результаты рандомизированных контролируемых исследований.

**Результаты.** Гиперпластические процессы эндометрия представляют собой мультифакториальное полигенное заболевание. Однако следует отметить, что имеющиеся научные знания в понимании патогенеза и патогенетической терапии ГЭ требуют постоянного изучения. В связи с высоким риском малигнизации важным фактором профилактики служат ранняя диагностика и своевременное лечение гиперплазии эндометрия. Алгоритм ведения пациенток зависит от многих факторов: вида гиперпластического процесса, возраста пациентки, нереализованной репродуктивной функции и других факторов. У молодых пациенток, желающих сохранить репродуктивную функцию, терапия прогестинами является более предпочтительной. Однако стоит обратить своё внимание на наличие клеточной атипии у таких пациенток. В этой связи необходимо более пристальное наблюдение и своевременное решение вопроса о хирургическом лечении. При наличии клеточной атипии пангистерэктомия является терапией первой линии для женщин, которые реализовали свою репродуктивную функцию и имеют гиперплазию эндометрия с атипией.

**Заключение.** Несмотря на многовековое изучение гиперплазии эндометрия, вопросы этиологии, патогенеза, факторов риска, а также тактики ведения пациенток остаются до конца неясными и требуют дальнейшего изучения.

## Литература

1. He Y, Wang Y, Zhou R. et al. *Oncofertility and obstetrical outcomes after fertility-preserving retreatment in patients with recurrent atypical endometrial hyperplasia and endometrial cancer* // *Int. J. Gynecol. Cancer.* – 2020. – Dec. – №30 (12). – P. 1902–1907. [PMID: 33051245]
2. Siegel R.L., Miller K.D., Fuchs H.E. et al. *Cancer Statistics, 2021* // *CA Cancer J. Clin.* – 2021. – Jan. – Vol. 71. – №1. – P. 7–33. [PMID: 33433946].
3. Singh G., Puckett Y. *Endometrial Hyperplasia, 2022 May 1* // *StatPearls. Treasure Island (FL).* – StatPearls Publishing, 2022, Jan. [PMID: 32809528]
4. Travaglino A., Raffone A., Saccone G. et al. *Immunohistochemical predictive markers of response to conservative treatment of endometrial hyperplasia and early endometrial cancer: A systematic review* // *Acta Obstet Gynecol Scand.* – 2019. – Sep. – №98 (9). – P. 1086–1099. [PMID: 30793281]

## Влияние индекса массы тела на исход ВРТ

**Мурьева Е.С.,** аспирант кафедры акушерства и гинекологии ИИМФО.

Руководитель: **Ткаченко Л.В.,** докт. мед. наук, проф.

Волгоградский государственный медицинский университет.

E-mail: ElenaVlasova90@mail.ru;

моб. тел.: +7 (937) 719 6956.

**Ретроспективный анализ 134 карт пациенток отделения вспомогательных репродуктивных технологий, имеющих ожирение и избыточную массу тела, показал, что снижение индекса массы тела увеличивает эффективность в программах ЭКО и КИО.**

**Ключевые слова:** ожирение, ЭКО, снижение веса.

*A retrospective analysis of 134 charts of patients of the Department of assisted reproductive technologies who are obese and overweight showed that a decrease in body mass index increases the effectiveness of IVF and controlled ovulation induction programs.*

**Keywords:** obesity, IVF, weight loss.

**Актуальность.** Основными компонентами формирования неудач в программах ВРТ у пациенток с ожирением являются снижение качества ооцитов и потенциала эмбрионов к имплантации, повышение частоты отмены переносов эмбрионов и уменьшение количества эмбрионов, подходящих для криоконсервации, а также повышение риска прерываний беременности на раннем сроке [1–3].

**Цель исследования** – оценка влияния ожирения и избыточной массы тела у женщин с бесплодием на результаты экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и контролируемой индукции овуляции (КИО).

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализировано 134 карты в отделении ВРТ клиники №1 ВолГМУ с 2010 по 2019 год с разделением пациенток на группы в зависимости от проводимой прегавидарной подготовки в виде коррекции индекса массы тела (ИМТ) перед программами ЭКО и КИО. В первую группу было включено 58 пациенток со средним возрастом 30±3,6 года и длительностью бесплодия 4,5 года, получавших медикаментозное и немедикаментозное лечение ожирения. Вторую группу составили 45 женщин без изменения ИМТ, со средним возрастом 30±4,5 года, длительностью бесплодия 7 лет. Третья группа – 31 человек с избыточной массой тела, со средним возрастом 30±3,5 года и длительностью бесплодия 5 лет. В первой группе ожирение I степени выявлено у 32 (55%) пациенток, ожирение II степени – у 21 (36%) пациентки, ожирение III степени – у пяти (8,6%). Во второй группе 33 (73%), 10 (22%), две (5%) соответственно и 31 (100%) пациентка с избыточной массой тела в третьей группе. Медикаментозное лечение заключалось в назначении гипогликемических препаратов из группы бигуанидов, ингибиторов желудочно-кишечных липаз. Немедикаментозное лечение составляли диетотерапия и физические нагрузки.

**Результаты.** В первой группе после лечения избыточная масса тела наблюдалась у 22 (38%) женщин, ожирение I степени – у 26 (45%), II степени – у восьми (14%), III степени – у двух (3%). Беременность в первой группе была получена у 29 (50%) женщин в протоколах ЭКО, у 11 (19%) в КИО, у 17 (29%) пациенток результат не был достигнут. Во второй группе беременность наступила у 16 (36%) пациенток в программах ЭКО, у трёх (7%) в КИО. В третьей группе восемь (26%) и четыре (9%) соответственно. Беременность не была достигнута в проводимых программах у 21 (47%) второй группы и у 16 (52%) третьей группы. Средняя доза гонадотропинов составила 1575 МЕ в первой группе, 1750 МЕ – во второй и 1600 МЕ – в третьей группе. Для наступления беременности потребовалось 1,06 попытки ЭКО и 1,7 попытки КИО в первой группе, 1,13 и 2,7 – во второй, 1,13 и 2,8 – в третьей соответственно. В среднем в протоколах получали 10 ооцитов в первой и третьей группах, во второй – девять, при этом эмбрионов было получено пять в первой и третьей группах, во второй – три.

**Заключение.** Для получения положительных результатов в программах ЭКО и КИО у женщин с ожирением и избыточной массой тела необходимо проводить мероприятия по снижению веса для улучшения результативности лечения бесплодия методами ВРТ.

## Литература

1. Crujeiras A.B., Casanueva F.F. *Obesity and the reproductive system disorders: epigenetics as a potential bridge* // *Hum. Reprod. Update.* – 2015. – Mar–Apr. – №21 (2). – P. 249–261.
2. Чернуха Г.Е. *Ожирение как фактор риска нарушений репродуктивной системы у женщин* // *Consilium Medicum.* – 2007. – №6. – С. 115–118.

3. Loy S.L., Cheung Y.B., Soh S.E. et al. Female adiposity and time-to-pregnancy: a multiethnic prospective cohort // *Hum. Reprod.* – 2018. – №33 (11). – P. 2141–2149.

## Влияние хронического бактериального и абактериального простатита на репродуктивную систему

**Мухамедов Х.А.**, врач-уролог;

**Черниченко И.И.**, докт. мед. наук, проф.

Университет «Реавиз», медицинский центр превентивной медицины;

Ассоциация онкологов-гинекологов, г. Санкт-Петербург.  
E-mail: hundayberdi\_95@mail.ru; моб. тел.: +7 (904) 644 6806.

Простатит – это воспалительное заболевание предстательной железы, которое может иметь как инфекционный (бактериальный), так и неинфекционный (абактериальный) генез [1, 2]. Хронический абактериальный простатит – наиболее распространённое урологическое заболевание по сравнению с хроническим бактериальным простатитом [3]. По данным ВОЗ, урологи диагностируют хронический простатит у каждого десятого пациента, согласно официальной статистике, заболеваемость хроническим бактериальным простатитом составляет 6–10%, хроническим абактериальным простатитом – 80–90%, в свою очередь острый бактериальный простатит возникает в 3–5% случаев. Каждое из этих заболеваний негативно влияет как на мужскую фертильность, так и на репродуктивную систему мужчины в целом [5, 6]. Поэтому решение вопроса диагностики и лечения хронического бактериального и хронического абактериального простатита является весьма актуальным [4, 7].

**Ключевые слова:** хронический бактериальный простатит (ХБП), хронический абактериальный простатит (ХАП), репродуктивная система, фертильность, параметры спермы, мета-анализ, систематический обзор.

*Prostatitis is an inflammatory disease of the prostate gland, which can have both infectious (bacterial) and non-infectious (abacterial) genesis [1, 2]. Chronic abacterial prostatitis, the most common urological disease, compared to chronic bacterial prostatitis [3]. According to official statistics, the incidence rate of chronic bacterial prostatitis is 6–10%, chronic abacterial prostatitis is 80–90%, in turn, acute bacterial prostatitis occurs in 3–5% of cases. Each of these diseases negatively affects both male fertility and the male reproductive system as a whole [5, 6]. Therefore, the solution of the issue of diagnosis and treatment of chronic bacterial and chronic abacterial prostatitis is very relevant. [4, 7].*

**Keywords:** chronic bacterial prostatitis (CBP); chronic abacterial prostatitis (CABP); reproductive system; fertility; sperm parameters; meta-analysis; systematic review.

**Актуальность.** Предстательная железа – основная мужская вспомогательная железа, которая выполняет важные функции для мужской фертильности [6]. Простатит – это воспалительное заболевание предстательной железы, которое может иметь как инфекционный (бактериальный), так и неинфекционный (абактериальный) генез [1, 2]. ХАП – наиболее распространённое урологическое заболевание по сравнению с ХБП [1–4, 8, 10]. Каждое из этих заболеваний негативно влияет как на мужскую фертильность, так и на репродуктивную систему мужчины в целом [5, 6].

По данным F.U. Khan и соавт., простатит является третьим по распространённости урологическим заболеванием среди мужчин, уступая лишь ДГПЖ и РПЖ [9]. По данным ВОЗ, урологи диагностируют хронический простатит у каждого десятого пациента, заболеваемость ХБП составляет 6–10%, а ХАП – 80–90%, острый бактериальный простатит возникает в 3–5% случаев. Хронический простатит является распространённым урологическим заболеванием, поражающим от 8 до 35% мужчин молодого и зрелого возраста [4, 7]. Наиболее часто встречается в возрасте от 20 до 50 лет. По данным нашего исследования, из 20 обследуемых мужчин репродуктивного возраста ХАП выявился у 17 человек, ХБП – у двух, а острый простатит в свою очередь возник лишь у одного человека.

Влияние ХБП и ХАП на репродуктивную систему мужчин остаётся актуальным по причине не до конца изученного этиопатогенеза, недостаточности клинических исследований, неудовлетворённости результатами лечения. Для решения этой проблемы необходимы данные с высоким уровнем доказательности, которые дадут наиболее развёрнутый ответ о влиянии ХБП и ХАП на репродуктивную систему.

**Цель исследования** – изучение влияния ХБП и ХАП на репродуктивное здоровье мужчин с использованием имеющейся базы данных и наблюдение за страдающими данной патологией.

**Материалы и методы.** Анализ информации научных баз данных PubMed, Medline, Web of Science, Embas, EAU по запросам «хронический бактериальный простатит», «хронический абактериальный простатит», «влияние хронического простатита и хронического абактериального простатита на репродуктивную систему». Наблюдение за группой мужчин, страдающих простатитом.

**Результаты.** По данным нашего исследования, частота встречаемости простатитов, а именно ХАП, из 20 исследуемых выявилась у 17 (85%) человек, ХБП – у двух (10%), только лишь у одного (5%) человека выявили острый простатит. Исходя из нашего наблюдения, можно сказать, что частота диагностирования ХАП встречается в 8 раз чаще, чем других видов простатита. При наблюдении за тремя исследуемыми, которые перенесли бактериальный простатит, было выявлено ухудшение качества спермы и её параметров по данным спермограммы. Состояние местного воспаления в предстательной железе, которое может быть вызвано инфекционными или неинфекционными [1, 2], аутоиммунными реакциями, нейрогенными нарушениями или другими триггерами, приводит к нарушению функций эпителиальных клеток, вырабатывающих секрет предстательной железы [10], что может напрямую ухудшать качество спермы или косвенно вызвать дисфункцию предстательной железы [5]. Данное состояние может иметь последствия для функциональности предстательной железы, повлияв на мужскую фертильность [5, 6].

**Выводы.** Полученные результаты исследований свидетельствуют о негативном влиянии ХБП на репродуктивную систему мужчин и показатели спермы, что требует дальнейшего проведения исследований для ответа на вопрос о влиянии ХАП на репродуктивную систему.

## Литература

1. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов. – 2021.
2. Урология: Учебник / Под ред. Б.К. Комякова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 247–251.
3. Урология. Российские клинические рекомендации / Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016–480 с.

4. Локшин К.Л. Актуальные вопросы этиологии, эпидемиологии и лечения остро и хронического бактериального простатита — новые данные на 2013 год // Эффективная фармакотерапия. — 2013. — №16. — С. 34–43.
5. Condorelli R.A., Russo G.I., Calogero A.E. et al. Chronic prostatitis and its detrimental impact on sperm parameters: a systematic review and meta-analysis 2017. — Pubmed.
6. Berg E., Houska P., Nesheim N. Chronic Prostatitis // Chronic Pelvic Pain Syndrome Leads to Impaired Semen Parameters, Increased Sperm DNA Fragmentation and Unfavorable Changes of Sperm Protamine mRNA Ratio, 2021. — Pubmed.
7. Vahlensieck W., Ludwig M., Naber K. et al. Prostatitis — diagnostics and therapy // Aktuelle Urologie. — 2013. — Vol. 44. — №2. — P. 117–123.
8. Pontari M. Inflammatory and pain conditions of the male genitourinary tract: prostatitis and related pain conditions, orchitis, and epididymitis // Campbell-Walsh-Urology / Eds. A.W. Partin, R.R. Domochoowski, L.R. Kavoussi, C.A. Peters — 12th ed. — Philadelphia, PA: Elsevier; 2021.
9. Khan F.U., Ihsan A.U., Khan H.U. et al. Comprehensive overview of prostatitis // Biomed. Pharmacother. — 2017. — Vol. 94. — P. 1064–1076.
10. MedlinePlus, National Library of Medicine (US); NBP; Prostatodynia; Pelvic pain syndrome; CPPS; Chronic nonbacterial prostatitis [updated 2020 Jun 24].

## Особенности родов и послеродового периода у пациенток с хроническим пиелонефритом

**Навроцкая Д.В.**, врач акушер-гинеколог.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет.

E-mail: dinagrinvich@gmail.com; моб. тел.: +7 (925) 679 9252.

Произведена оценка частоты кесарева сечения, послеродового эндометрита и перинатальных исходов у пациенток с хроническим пиелонефритом, родоразрешённых на доношенном сроке беременности. Установлено, что данные пациентки не имели достоверных различий в частоте кесарева сечения и послеродового эндометрита по сравнению со здоровыми женщинами. Морфометрические параметры и оценка новорождённых по шкале Апгар также не имели достоверных различий с группой контроля.

**Ключевые слова:** хронический пиелонефрит, роды, послеродовой период, шкала Апгар.

*The rate of caesarean section, postpartum endometritis and perinatal outcomes in patients with chronic pyelonephritis, delivered at full term, were assessed. It has been established these patients didn't have significant differences in the rate of caesarean section and postpartum endometritis compared with healthy women. Morphometric parameters and Apgar score of newborns also didn't have significant differences with the control group.*

**Key words:** chronic pyelonephritis, childbirth, postpartum period, Apgar score.

**Актуальность.** Хронический пиелонефрит является фактором риска целого ряда акушерских осложнений [1, 2], поэтому изучение роли инфекций, в том числе мочевыводящих путей, в патогенезе осложнений родов и послеродового периода является одной из важных акушерских задач [3–7].

**Цель исследования** — оценить особенности родов, послеродового периода и состояния новорождённых у пациенток с хроническим пиелонефритом, родоразрешённых на доношенном сроке беременности.

**Материалы и методы.** Ретроспективно были проанализированы 563 клинические истории родов пациенток с доношенной одноплодной беременностью, отобранные методом системати-

ческой вероятностной выборки: 71 пациентка с хроническим пиелонефритом, 492 здоровые пациентки (контрольная группа). Достоверность различий оценивали с помощью критерия Стьюдента для непарных выборок, для относительных величин — с помощью критерия Фишера (GraphPad Prism 9.0). Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Частота кесарева сечения и послеродового эндометрита у пациенток с хроническим пиелонефритом, родоразрешённых на доношенном сроке, не имела достоверных различий с группой здоровых пациенток. Кровопотеря после кесарева сечения и родов через естественные родовые пути также не имела достоверных различий с контрольной группой. Вес новорождённого ( $3307,46 \pm 597,92$  против  $3343,55 \pm 520,15$  г в контроле), длина новорождённого ( $52,27 \pm 3,11$  против  $51,79 \pm 3,81$  см в контроле), а также оценка новорождённого по шкале Апгар на первой минуте ( $6,93 \pm 0,45$  против  $7,03 \pm 0,58$  в контроле), на пятой минуте ( $7,86 \pm 0,39$  против  $7,89 \pm 0,60$  в контроле) также не имели достоверных различий ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, пациентки с хроническим пиелонефритом, родоразрешённые на доношенном сроке беременности, не имеют достоверных различий в частоте кесарева сечения, течении послеродового периода и состоянии новорождённых по сравнению со здоровыми пациентками.

## Литература

1. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. и др. Предиктивное акушерство. — М.: Медиабюро Статус презенс, 2021. — 520 с.
2. Климкин А., Фрейдин А., Петров С., Хурасева А.Б. Хронический пиелонефрит беременных // Врач. — 2017. — №1. — С. 22–24.
3. Ивашова О.Н., Лебедева О.П., Пахомов С.П. и др. Антимикробные пептиды в патогенезе инфекционных осложнений в акушерстве и гинекологии // Журнал акушерства и женских болезней. — 2014. — Т. 63. — №5. — С. 73–81.
4. Самборская Н.И., Лебедева О.П., Пахомов С.П. и др. Особенности микробиоценоза половых путей у беременных, угрожаемых по развитию послеродового эндометрита // Медицина и образование в Сибири. — 2012. — №2. — С. 27.
5. Лебедева О.П., Самборская Н.И., Башмаков В.Ф. и др. Роль системы врождённого иммунитета, генетических факторов и антиоксидантных ферментов в патогенезе послеродового эндометрита // Научные ведомости БелГУ. — 2011. — №16 (111). — С. 95–99.
6. Лебедева О.П., Калущий П.В., Пахомов С.П. и др. Толл-подобные рецепторы женского репродуктивного тракта и их лиганды // Научные ведомости БелГУ. — 2010. — №22 (93). — С. 31–35.
7. Лебедева О.П., Курко Р. Экспрессия толл-подобных рецепторов в женском репродуктивном тракте и её гормональная регуляция (обзор) // Научные результаты биомедицинских исследований. — 2018. — Т. 4. — №3. — С. 3–17.

## Влияние эндотелиальной дисфункции на овариальный резерв женщин с хроническим сальпингофоритом

**Науменко Т.С.**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии.

Руководитель: **Бурова Н.А.**, докт. мед. наук.

Волгоградский государственный медицинский университет.

E-mail: dr.naumenko@bk.ru; моб. тел.: +7 (917) 836 4041.

Проведён анализ гормонального профиля, ультразвуковых данных и функции сосудистого эндотелия у пациенток с хрони-

# Книги от StatusPraesens 2022



1700  
руб.\*

**ПЕРИНЕОЛОГИЯ.  
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ**  
Авторы: В.Е. Радзинский,  
М.Р. Оразов, Л.Р. Токтар  
Под ред. В.Е. Радзинского, М.Р. Оразова



1200  
руб.\*

**ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ:  
ВЕРСИИ, КОНТРАВЕРСИИ,  
ПЕРСПЕКТИВЫ**  
Под ред. В.Е. Радзинского, М.Р. Оразова



1900  
руб.\*

**КОЛЬПОСКОПИЯ. АТЛАС**  
Т.Н. Бебнева, С.И. Петренко  
Под ред. В.Е. Радзинского

По вопросам приобретения:

 [praesens.ru](http://praesens.ru) (раздел «Книги»)

 [ea@praesens.ru](mailto:ea@praesens.ru)

 +7 (901) 723 2273

+7 (499) 346 3902, доб. 514

\* Стоимость книг при самовывозе из редакции. Цены действительны до 31 декабря 2022 года.  
Стоимость книг с доставкой «Почтой России» по РФ уточняйте на сайте [praesens.ru](http://praesens.ru) в разделе «Книги».  
Книги издательства представлены на OZON.

**КУПИТЬ**



ческим сальпингофоритом. Полученные результаты свидетельствуют о снижении овариального резерва и эндокринной функции яичников, что сопровождается нарушением эндотелиальной функции у данных пациенток.

**Ключевые слова:** хронический сальпингофорит, овариальный резерв, функция эндотелия.

*The hormonal profile, ultrasound data and vascular endothelial function in patients with chronic salpingoophoritis were analyzed. The results indicated a decreased ovarian reserve and impaired endocrine function of the ovaries, which is accompanied by endothelial dysfunction in these patients.*

**Keywords:** chronic salpingoophoritis, ovarian reserve, endothelial function.

**Актуальность.** Хронический сальпингофорит (ХСО) в настоящее время выступает в качестве самостоятельного фактора риска снижения овариального резерва у женщин репродуктивного возраста, что выражается в 45% бесплодия у таких пациенток [1]. При длительном воздействии повреждающих факторов и снижении кровотока в яичниках на фоне хронического воспаления происходит истощение и извращение функции эндотелия сосудов, что в свою очередь ведёт к нарушению фолликулогенеза и эндокринной функции яичников [2–4].

**Цель исследования** – оценить функцию яичников у пациенток с хроническим сальпингофоритом на основе анализа состояния сосудистого эндотелия.

**Материалы и методы.** У 22 пациенток репродуктивного возраста с хроническим сальпингофоритом были исследованы показатели гормонального профиля (АМГ, ФСГ, эстрадиол), данные УЗИ (объём яичников, число антральных фолликулов) и сывороточные маркёры функции сосудистого эндотелия (NO, ЭТ-1). Всем выполнялась проба с постокклюзионной вазодилатацией (ПОВД) плечевой артерии (ПА) и реактивной гиперемией (РГ) по методике Celermajer D.S. (1992) в качестве неинвазивного способа определения сосудодвигательной функции. Полученные результаты сравнивались с показателями здоровых женщин (20) [1, 5, 6].

**Результаты.** Средний возраст пациенток составил  $27,5 \pm 2,01$  года. У обследованных пациенток выявлено нарушение эндокринной функции яичников, что проявлялось в снижении уровня АМГ ( $2,8 \pm 2,4$  нг/мл) в 3,5 раза и эстрадиола ( $192,42 \pm 221,03$  пмоль/л) в 2 раза относительно показателей здоровых женщин ( $p < 0,01$ ). Уровень ФСГ достоверно не различался ( $6,49 \pm 1,9$  и  $5,3 \pm 1,8$  мМЕ/мл) ( $p > 0,05$ ). При анализе данных УЗИ органов малого таза у пациенток с ХСО объём яичников был снижен в 1,6 раза ( $6,91 \pm 1,8$  см<sup>3</sup>), а количество фолликулов в яичниках – в 1,8 раза относительно здоровых женщин, что указывает на снижение овариального резерва у пациенток с ХСО ( $p > 0,05$ ). Показатели среднего диаметра ПА в состоянии покоя у обследованных пациенток и здоровых женщин не отличались. При выполнении пробы вазодилатация ПА у пациенток с ХСО была ниже более чем в 10 раз, а значения NO и ЭТ-1 в 2,5 раза превышали нормальные ( $p < 0,01$ ). Это свидетельствует о парадоксальной вазомоторной реакции сосуда и подтверждает наличие эндотелиальной дисфункции у пациенток с ХСО.

**Заключение.** Таким образом, результаты данного исследования демонстрируют снижение овариального резерва и гормональной функции яичников у пациенток с ХСО, что сопровождается выраженным нарушением сосудодвигательной функции эндотелия.

## Литература

1. Новикова В.А., Аутлева Ф.Р., Сороченко А.А. и др. Специфика овариального резерва женщин с хроническим сальпингофоритом // Кубанский научный медицинский вестник. – 2018. – №25 (6). – С. 119–126.
2. Gravina A.G., Dallio M., Masarone M. et al. Vascular endothelial dysfunction in inflammatory bowel diseases: pharmacological and nonpharmacological targets // Oxidative medicine and cellular longevity. – 2018. – Vol. 2018. – P. 1–12.
3. Tokmak A., Yildirim G., Sarikaya E. et al. Increased oxidative stress markers may be a promising indicator of risk for primary ovarian insufficiency: a cross-sectional case control study // Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia. – 2015. – Vol. 37. – P. 411–416.
4. Lu J., Wang Z., Cao J. et al. A novel and compact review on the role of oxidative stress in female reproduction // Reproductive Biology and Endocrinology. – 2018. – Vol. 16. – №1. – P. 1–18.
5. Бурова Н.А., Жаркин Н.А., Аболонина О.А. и др. Влияние влагалищной лазеро-магнитной терапии на клиническое течение острых воспалительных заболеваний органов малого таза и функциональное состояние эндотелия // Акушерство и гинекология. – 2019. – №8. – С. 127–133.
6. Григорян О.Р., Красновская Н.С., Михеев Р.К. и др. Связь овариального резерва с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы в репродуктивном периоде // Терапевтический архив. – 2019. – №91 (10). – С. 14–18.

## Молекулярно-генетические и морфологические исследования при верификации пролиферативных процессов эндометрия

<sup>1,2</sup>**Неманова С.Б.**, канд. мед. наук, врач-патологоанатом, врач акушер-гинеколог; ассистент кафедры акушерства и гинекологии.

Руководитель: <sup>2</sup>**Баранов А.Н.**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии.

<sup>1</sup>Северодвинская городская клиническая больница №2 скорой медицинской помощи;

<sup>2</sup>Северный государственный медицинский университет.  
E-mail: Svetic-29@yandex.ru; моб. тел.: +7 (950) 254 5851.

**Определение молекулярно-генетического профиля гиперплазий и карцином эндометрия – основа успеха качественной диагностики, особенно в сомнительных морфологических случаях, определения прогноза и выбора оптимальной тактики ведения пациенток.**

**Ключевые слова:** гиперплазии эндометрия, атипические гиперплазии эндометрия, карциномы эндометрия, молекулярная генетика гиперплазий и карцином эндометрия.

*Determination of the molecular genetic profile of endometrial hyperplasia and carcinomas is the basis for the success of qualitative diagnostics, especially in doubtful morphological cases, determining the prognosis and choosing the optimal management tactics for patients.*

**Keywords:** endometrial hyperplasia, atypical endometrial hyperplasia, endometrial carcinomas, molecular genetics of endometrial hyperplasia and carcinomas.

**Актуальность.** Гипер- и неоплазии тела матки – гетерогенная группа пролиферативных процессов, связанных с патологической пролиферацией, охватывающих широкий спектр различных нозологических форм (от доброкачественных поражений до злокачественных новообразований [ЗНО]).

Частота встречаемости их высока: так, в 2021 году, по данным А.Д. Каприна и др. (2022), рак эндометрия занимает третье место по заболеваемости в РФ [1].

Современная диагностика гипер- и неоплазий основывается на оценке следующих составляющих: клиническая картина, результаты параклинических, патоморфологических и молекулярно-генетических методов исследований. Такая совокупная оценка необходима ввиду неспецифичных клинических проявлений гипер- и неопластических изменений, сомнительных результатов параклинических (УЗИ) методов, особенно в случаях развития карцином тела матки из нетипичных мест — эндометриоидных гетеротопий тела матки (озлокачествившиеся атипичические формы аденомиоза и атипичные аденомиомы). Патоморфологические методы исследования при определённых условиях (единичные атипичические железы и/или атипичические изменения эпителия слабой степени выраженности) также могут быть не информативны. Так, ранее по правилам морфологии единичные атипичные железы не учитывались при постановке морфологического диагноза ввиду малого объёма материала и невозможности дальнейшей с ним работы, однако в настоящее время применение в патоморфологии методов молекулярной генетики позволяет поставить диагноз по одной атипичной клетке. Другая ситуация, когда при незначительной атипии (1–2-й ст.) нет возможности на морфологическом уровне достоверно провести дифдиагноз с ложными атипичическими изменениями эпителия (реактивные изменения при воспалении, дегенеративно-дистрофические изменения при кровотечениях, нарушении проработки материала, метапластических изменениях при приёме гормональных препаратов). В этом случае морфолог может посчитать данные изменения либо сомнительными, либо несущественными и не учитывать их при постановке морфологического диагноза. Все вышеперечисленное может приводить к гиподиагностике атипичических процессов и микрокарцином по соскобам эндометрия.

Изменение подходов к диагностике гипер- и неоплазий также обусловлено и совершенствованием лечебных подходов, внедрением в работу клиницистов современных методов лечения (таргетная терапия, иммунотерапия). Поэтому за последние 6 лет произошли существенные качественные изменения и обновления в классификациях ВОЗ этих патологических процессов [2]. В частности, ранее гипер- и неоплазии тела матки делились на субтипы согласно их гистологической картине, однако сейчас деление на типы должно производиться согласно их молекулярным характеристикам. Так, бинарная классификация ВОЗ от 2014 г. гиперплазий эндометрия, делящая их на гиперплазии без атипии и гиперплазии с атипией [3], по сут. подразделяет гиперплазии на группы с учётом риска их злокачественной трансформации, что определяется наличием/отсутствием в клетке/клоне клеток определённых мутаций (микросателлитной нестабильности, инактивации PAX2, мутации PTEN, KRAS и CTNNB1 [β-катенин и др.]). Следовательно, эндометриоидные карциномы, согласно их молекулярно-генетическому профилю, в соответствии с классификацией ВОЗ от 2020 г. должны подразделяться не как ранее по степени их гистологической дифференцировки (Gr 1, 2, 3), а на четыре основных молекулярно-генетических подтипа — POLEmut, p53abn, MMRd и NSMP, определяющих стадию заболевания, агрессивность опухоли, в том числе способность к лимфоваскулярной инвазии и метастазированию, и, как следствие, прогноз, выбор терапии — хирургическая, химиолучевая терапия, адъювантная иммунотерапия, сочетанная терапия [4].

## Литература

1. Злокачественные новообразования в России в 2020 году (заболеваемость и смертность) / Ред. А.Д. Каприн, В.В. Старинский, А.О. Шахзадова. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена. — 2021. — 252 с.
2. Höhn A.K., Brambs C.E., Hiller R.G. G. et al. 2020 WHO Classification of Female Genital Tumors // *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. — 2021. — Vol. 81. — №10. — P. 1145–1153.
3. Подгорная А.С., Захарко А.Ю., Шibaева Н.Н. и др. Проллиферативные процессы эндометрия: современное состояние проблемы: Практическое пособие для врачей. — Гомель: ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ». 2018. — 33 с.
4. Нюганен А.О. Обновление в классификации ВОЗ 2020 года опухолей тела матки. — URL: <https://www.youtube.com/watch?v=C735pLS7Duo>.

## Изменения кровоснабжения матки у женщин с хроническим эндометритом и разной длительностью бесплодия

<sup>1</sup>Озерская И.А., докт. мед. наук, проф. кафедры ультразвуковой диагностики ФНМО;

<sup>2</sup>Казарян Г.Г., канд. мед. наук, зав. отделением ультразвуковой диагностики.

<sup>1</sup>Российский университет дружбы народов;

<sup>2</sup>Медицинский центр «Медскан», г. Москва.

E-mail: g5521271@yandex.ru; моб. тел.: +7 (916) 552 1271.

**С целью изучения возможностей ультразвуковой 3D-доплерографии нарушения гемодинамики матки и эндометрия проведён ретроспективный анализ ультразвуковых исследований 581 женщины репродуктивного возраста с диагнозом «хронический эндометрит», страдающей бесплодием.**

**Ключевые слова:** ультразвуковая диагностика, 3D-доплерография, эндометрит, бесплодие, гемодинамика, васкуляризация, васкуляризационный индекс (VI), индекс артериальной перфузии (ИАП).

*In order to study the possibilities of ultrasound 3D Dopplerography of hemodynamic disorders of the uterus and endometrium was carried out a retrospective analysis of ultrasound examinations of 581 women of reproductive age with a diagnosis of chronic endometritis suffering from infertility.*

*Keywords: ultrasound diagnostics, 3D dopplerography, endometritis, infertility, hemodynamics, vascularization, vascularization index (VI), arterial perfusion index (API).*

**Актуальность.** В настоящее время, по данным многих авторов, самой частой причиной женского бесплодия является хронический эндометрит (ХЭ). ХЭ остаётся малоизученной патологией, связанной с неблагоприятными репродуктивными исходами. В частности, ХЭ является одной из причин неудачных попыток экстракорпорального оплодотворения, препятствует имплантации и плацентации. Частота ХЭ у пациенток с бесплодием и привычным невынашиванием составляет 70–80% [1–3].

**Цель исследования** — объективная оценка гемодинамики матки и эндометрия у женщин с хроническим эндометритом в зависимости от длительности бесплодия.

**Материалы и методы.** Обследование органов малого таза проводилось на ультразвуковых системах iU22 и Epiq7 (Philips, Нидерланды). Применялось обзорное трансабдоминальное сканирование с последующим трансвагинальным исследованием с 3D-реконструкцией в ангиорежиме. Верификация

диагноза «эндометрит» проводилась на основании клинических, лабораторных, цитологических, гистологических и иммуногистохимических данных, полученных при пайпель-биопсии и/или гистероскопии. Возраст пациенток колебался от 26 до 35 лет. Все женщины были разделены на группы в соответствии с длительностью бесплодия: менее 2 лет (первая группа), от 2 до 5 лет (вторая группа) и более 5 лет (третья группа). Количественная оценка степени васкуляризации матки и эндометрия заключалась в получении индекса васкуляризации (VI), отражающего процентное отношение цветковых вокселей в объёме ткани. При импульсно-волновой доплерографии маточных артерий рассчитывали индекс артериальной перфузии (ИАП), который является суммарным объёмным кровотоком обеих маточных артерий и отражает перфузию 1 см<sup>3</sup> тела матки, выраженный в процентах.

**Результаты.** Анализ показателей кровотока не выявил асимметрии ( $p > 0,05$ ) цифровых значений правой и левой маточных артерий. В пролиферативной фазе цикла показатели  $V_{max}$  и  $PI$  не зависели от длительности бесплодия и достоверно не отличались ( $p > 0,05$ ).

Получена тенденция повышения  $RI$  по мере увеличения длительности бесплодия в пролиферативной фазе. Показатели ИАП в I фазе цикла достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже во всех группах. Васкуляризация матки, по данным VI, достоверно ( $p < 0,05$ ) снижалась не только в I, но и во II фазе по мере увеличения длительности бесплодия. VI достоверно ( $p < 0,05$ ) снижался в пролиферативной фазе. В секреторной фазе достоверное ( $p < 0,05$ ) отличие выявлено в группе с длительностью бесплодия более 5 лет по сравнению с группой от 2 до 5 лет.

**Заключение.** Проведённое исследование свидетельствует о том, что по мере увеличения длительности бесплодия снижается васкуляризация не только эндометрия, но и миометрия, а также уменьшается артериальный приток.

## Литература

1. Цаллагова Л.В., Кабулова И.В., Золоева И.А. Роль хронического эндометрита в генезе бесплодия // Кубанский научный медицинский вестник. – 2014. – №4 (146). – 131–136.
2. Базина М.И., Егорова А.Т., Ходорович Н.А. и др. Хронический эндометрит: скрытая угроза репродукции // Доктор.Ру. Гинекология. Эндокринология. – 2015. – №14 (115). – 20–27.
3. Шалина Р.И., Михалева М.В., Кириченко А.П. и др. Дифференцированный подход к прегравидарной подготовке у пациенток с привычным невынашиванием беременности в анамнезе // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2015. – №5. – С. 36–40.

## Диагностика и прегравидарное лечение железodefицитной анемии

**Онохина Н.Р.**, студентка,

**Аскерова М.Г.**, доц., канд. мед. наук.

Уральский государственный медицинский университет.

E-mail: [natacha-de@mail.ru](mailto:natacha-de@mail.ru);

моб. тел.: +7 (950) 649 9395.

Статистический анализ исследования показал, что ряд акушерских осложнений (многоводие, ХФПН, СЗРП и др.), преждевременные роды, слабость родовой деятельности, разрывы промежности, лохиометра значимо чаще развивались у женщин с ЖДА, которые не проводили прегравидарную

подготовку ( $p < 0,05$ ). Наличие недостаточного белкового питания, обильные менструации, хронические заболевания ЖКТ являются факторами риска развития ЖДА ( $p < 0,05$ ).

**Ключевые слова:** железodefицитная анемия (ЖДА), беременность, прегравидарная подготовка.

*Statistical analysis of the study showed that a number of obstetric complications (polyhydramnios, HFPN, FGRS, etc.), preterm labor, weakness of labor, ruptures of the perineum, lochiometer developed significantly more often in women with IDA who did not undergo pregravid preparation ( $p < 0,05$ ). The presence of insufficient protein nutrition, heavy menstruation, chronic diseases of the gastrointestinal tract are risk factors for the development of IDA ( $p < 0,05$ ).*

**Keywords:** iron deficiency anemia (IDA), pregnancy, preconception preparation.

**Актуальность.** Около 20% населения планеты страдают железodefицитным состоянием [1]. По частоте, прямому и косвенному влиянию на материнскую и перинатальную смертность анемия сохраняет своё значение для общественного здравоохранения в мире [2]. Примерно 30% среди всех женщин репродуктивного возраста уже имеют латентный дефицит железа до наступления беременности по разным причинам [3].

**Цель исследования** — оценить роль диагностики и лечения ЖДА на этапе прегравидарной подготовки в качестве профилактики осложнений беременности и родов.

**Материалы и методы.** Исследованы 129 женщин послеродового отделения в возрасте от 18 до 43 лет. На основании данных медицинских карт и опроса выделены: первая группа — 68 женщин, поступивших на роды с ЖДА разной степени тяжести; вторая группа — 61 женщина, которая поступила без анемии, но им было проведено лечение на этапе прегравидарной подготовки. Статистический анализ проводился в программе Microsoft Excel.

**Результаты.** Среди пациенток первой группы значимо чаще ( $p < 0,05$ ) встречались многоводие (8,8%), ХФПН (11,5%), гипоксия плода (13,2%), СЗРП 1-й степени (10,3%), угроза невынашивания беременности (5,8%), чем во второй группе. Преждевременные роды (29,4%), первичная и вторичная слабость родовой деятельности (14,7%), разрывы промежности 1–2-й степени (10,2%), лохиометра (7,3%) также значимо чаще ( $p < 0,05$ ) наблюдались среди пациенток первой группы. При оценке состояния новорождённых детей женщин исследуемых групп выявлено, что случаи транзиторного тахипноэ с развитием ДН 1-й и 2-й степени (18,5%,  $p < 0,05$ ) чаще развивались у детей, рождённых от матерей из первой группы. В ходе изучения анамнезов двух исследуемых групп были выделены наиболее частые факторы, которые могут приводить к железodefицитному состоянию, которые также значимо чаще наблюдались среди пациенток первой группы: недостаточное белковое питание — 22% ( $t = 2,5$ ;  $p < 0,05$ ), обильные менструации — 32,3% ( $t = 3,2$ ;  $p < 0,05$ ), хронические заболевания ЖКТ — 11,7% ( $t = 2,6$ ;  $p < 0,05$ ), нарушение менструального цикла — 8,8% ( $t = 2,58$ ;  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Выявление и эффективное лечение ЖДА на этапе прегравидарной подготовки значимо снижает частоту осложнений течения беременности и родов. Выявление факторов риска развития ЖДА позволит своевременно диагностировать латентный дефицит железа и предотвратить развитие ЖДА.

## Литература

1. Лукина Е.А. Железodefицитная анемия: взгляд гематолога и гинеколога. Оптимизируем диагностику и лечебную тактику // РМЖ. Мать и дитя. – 2020. – Т. 3. – №4. – С. 248–252.

2. Атаджанян А.С. Анемия у беременных: клинико-патогенетические подходы к ведению беременности // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. 66. – № 5. – С. 56–63.

3. Sun D., McLeod A., Gandhi S. et al. Anemia in Pregnancy: A Pragmatic Approach // Obstet. Gynecol. Surv. – 2017. – Vol. 72. – №12. – P. 730–737.

## Альтернативная терапия генитоуринарного менопаузального синдрома

**Оразов М.Р.**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии;

**Силантьева Е.С.**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии;

**Хрипач Е.А.**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.

Медицинский институт Российского университета дружбы народов.

E-mail: elizaveta.ark@mail.ru;  
моб. тел.: +7 (929) 987 7228.

**Использование микроаблятивной лазерной ремоделирующей терапии с помощью углекислого газа у пациенток с генитоуринарным менопаузальным синдромом (ГУМС) может улучшить состояние слизистой оболочки влагалища за счёт усиления регенеративных возможностей, однако необходимо дальнейшее изучение эффективности и безопасности этого метода терапии в исследованиях высокого качества.**

**Ключевые слова:** вульвовагинальная атрофия, ГУМС, перименопауза, постменопауза, CO<sub>2</sub>-лазер.

*The use of CO<sub>2</sub>-laser for the treatment of vulvovaginal atrophy can improve the condition of the vaginal mucosa and tissue regeneration. The efficacy and safety of the microablative CO<sub>2</sub>-laser should continue to be studied in high quality studies.*

*Keywords:* vulvovaginal atrophy, GUMS, perimenopause, postmenopause, CO<sub>2</sub>-laser.

**Актуальность.** Вульвовагинальную атрофию (ВВА) регистрируют более чем у 50% женщин в пери- и постменопаузе, а у 15% соответствующие признаки отмечают уже в возрасте 40 лет. Такие изменения в женской мочеполовой системе связаны с гипозстрогенемией, которая обуславливает дефектный синтез коллагена и эластина за счёт снижения функциональной активности фибробластов. Симптоматика ГУМС существенно ухудшает качество жизни пациенток.

Для лечения ГУМС предложена локальная эстрогенотерапия; в качестве экспериментальных – аутоплазменная терапия и введение гиалуроновой кислоты. Однако многообразие методик косвенно демонстрирует, что не существует одного идеального, универсального альтернативного метода лечения, при этом эффективность и безопасность их до конца не доказана.

Среди лечебных методик доказана роль локальной гормонотерапии препаратами эстриола (с уровнем доказательств 1А), однако ряд пациенток имеют противопоказания к данному виду терапии. Поиск альтернативных путей демонстрирует необходимость использования как негормональных препаратов, так и аппаратных методов. Требования к результативному и безопасному методу лечения ГУМС – минимальная инвазивность при высокой эффективности, которая очевидна не только врачам (по анатомическим, гистологическим и иным признакам), но и самим пациенткам.

Один из альтернативных и перспективных методов коррекции признаков ВВА, который соответствует перечисленным критериям, – использование микроаблятивной лазерной ремоделирующей терапии с помощью углекислого газа. В литературе описано улучшение регенерации тканей при использовании CO<sub>2</sub>-лазера в гинекологической практике. CO<sub>2</sub>-лазер запускает процесс активации фибробластов, что способствует образованию новых коллагеновых и эластиновых волокон, регенерации внеклеточного матрикса и пролиферации сосудов; улучшает регенерацию коллагеновых структур, что клинически выражается в купировании симптомов ГУМС. Однако подтверждения эффективности и безопасности такой терапии в исследованиях высокого качества в настоящее время нет.

**Заключение.** Выполненный анализ литературных данных относительно подходов к ведению женщин с ГУМС свидетельствует об отсутствии хорошо изученного «идеального» альтернативного метода лечения. Использование микроаблятивной лазерной ремоделирующей терапии с помощью углекислого газа может улучшить состояние слизистой оболочки влагалища за счёт регенерации тканей, купировать симптомы ГУМС, однако требуется дальнейшее изучение его эффективности и безопасности в исследованиях высокого качества.

## Литература

1. Rosner-Tenerowicz A., Zimmer-Stelmach A., Zimmer M. The CO<sub>2</sub> ablative laser treatment in perimenopausal patients with vulvovaginal atrophy // Ginekol. Pol. – 2021. – Sep 20. [Epub ahead of print] [PMID: 34541642]
2. Bleibel B., Nguyen H. Vaginal Atrophy. 2022 Jul 4 // StatPearls [Internet]. – Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. [PMID: 32644723]
3. Pérez-López F.R., Vieira-Baptista P., Phillips N. et al. Clinical manifestations and evaluation of postmenopausal vulvovaginal atrophy // Gynecol. Endocrinol. – 2021. – Aug. – Vol. 37. – №8. – P. 740–745. [Epub 2021 May 26] [PMID: 34036849]
4. Nappi R.E., Di Carlo C., Becorpi A.M. et al.; investigators of the EVES Study. The effect of vulvovaginal atrophy on women's quality of life from an Italian cohort of the EVES study // J. Obstet Gynaecol. – 2020. – May. – Vol. 40. – №4. – P. 512–519. [Epub 2019 Sep 9] [PMID: 31496326]
5. Клиническая рекомендация. – URL: <https://minzdrav-irkutsk.ru/upload/iblock/d7e/sp07o5yvjnspds1rhedo06kjhoc899i.pdf>.

## Наружный акушерский поворот – от популяризации технологий до результата. Опыт Щёлковского перинатального центра

**Пастарнак А.Ю.**, канд. мед. наук, главный врач;

**Чак А.А.**, зам. главного врача по развитию;

**Шатилова М.С.**, руководитель научного подразделения некоммерческой образовательной организации «Акушерство Про».

Щёлковский перинатальный центр.

E-mail: pastarrd15@mail.ru; моб. тел.: +7 (903) 509 7080.

**Наружный акушерский поворот (НАП) – это методика с доказанной эффективностью, которая входит в клинические рекомендации и позволяет снизить уровень кесаревых сечений при тазовом предлежании плода. В данном сообщении мы расскажем об опыте Щёлковского перинатального центра в проведении наружного акушерского поворота и предоставим результаты нашей работы.**

**Ключевые слова:** наружный акушерский поворот, тазовое предлежание плода, кесарево сечение.

*External cephalic version (ECV) is a evidence based effective methodic which can reduce the cesarian section number in breech position labor. In this report we share external cephalic version practice in Schelkovskii perinatal center and results we can achieve through 2 years practice.*

*Key words: external cephalic version, breech position, cesarian section.*

**Актуальность.** Наружный акушерский поворот – манипуляция, известная достаточно давно, однако многие специалисты боятся её проводить. Между тем наружный акушерский поворот входит в клинические рекомендации «Тазовое предлежание плода». Мировая практика показывает, что НАП – это надёжный и безопасный метод, который позволяет снизить частоту кесарева сечения и сохранить репродуктивное здоровье женщин [1, 2].

**Целью** проведения наружных акушерских поворотов является снижение количества кесаревых сечений и родов в тазовом предлежании.

**Материалы и методы.** На базе Щёлковского перинатального центра в период с 2020 по 2021 год было проведено 115 наружных акушерских поворотов. Данная манипуляция рекомендовалась к проведению беременным женщинам с тазовым предлежанием плода на сроке 36 нед с информированием о возможных рисках данного метода [1].

На сроке 34–36 нед тазовое предлежание диагностировалось у 8% пациенток, в 37–40 нед – у 3–5% пациенток, спонтанный поворот отмечался менее чем в 10% случаев.

Минимальные осложнения для матери при тазовом предлежании наблюдаются при удачно завершившихся вагинальных родах, плановое кесарево сечение увеличивает риски, но наибольший риск наблюдается при экстренном кесаревом сечении, которое требуется примерно 40% женщин с плановыми вагинальными родами. Плановое кесарево сечение ведёт к небольшому уменьшению перинатальной смертности в сравнении с плановыми родами в тазовом предлежании. Любое решение о проведении кесарева сечения должно быть рассмотрено с позиций возможных побочных последствий операции. Риск перинатальной смертности при вагинальных родах в тазовом предлежании составляет около 2/1000 родов, при кесаревом сечении после 39 нед беременности 0,5/1000 родов (при родах в головном предлежании 1/1000).

**Результаты.** В период с 2020 по 2021 год в Щёлковском перинатальном центре диагноз «тазовое предлежание» установили 463 раза, из них в 115 случаях был проведён НАП. НАП был эффективен в 72 случаях (63,5%). При удачном НАП роды прошли через естественные родовые пути в головном предлежании в 76,9% случаев, а 23,1% родов завершились путём кесарева сечения. При отказе от НАП или неудачном НАП роды путём КС в тазовом предлежании составили 85,5%, роды через естественные родовые пути в тазовом предлежании – 14,5%. Материнская смертность за 2020 и 2021 гг. составила ноль случаев.

Всего выполнено 115 наружных акушерских поворотов, из них 73 удачные попытки (63,5%), 42 неудачные попытки (16,5%). Шансы естественных родов в группе «есть НАП» были выше в 19,697 раза по сравнению с группой «не было НАПа», различия шансов были статистически значимыми (95% ДИ 10,346–37,500). Финансовая выгода от применения наружного акушерского поворота за срок наблюдения составила 1 860 051 руб.

**Заключение.** Наружный акушерский поворот необходимо рассматривать как резерв снижения частоты оперативного родоразрешения. Наружный акушерский поворот на головку плода не влияет на оценку новорождённых по шкале Апгар и на перинатальную смертность [1]. Вагинальные роды после наружного акушерского поворота снижают длительность пребывания в акушерском стационаре. Наружный акушерский поворот сохраняет репродуктивное здоровье женщин.

## Литература

1. Тазовое предлежание плода: Клинические рекомендации. – М., 2020.
2. External cephalic version and reducing the incidence of term breech position, RCOG. – URL: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14466>.

## Лечение COVID-19 у беременных и родильниц

**Поликарпова О.В.**, врач акушер-гинеколог;  
**Шевченко Н.А.**, канд. мед. наук, зав. отделением гинекологии;  
**Грбовский В.М.**, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи;  
**Красноперова К.В.**, врач акушер-гинеколог.  
Городская клиническая больница №52, г. Москва.  
E-mail: [anna\\_korzh@list.ru](mailto:anna_korzh@list.ru); моб. тел.: +7 (906) 092 6919.

**При сравнении методов лечения коронавирусной инфекции у 615 беременных и родильниц выявлена важность временного фактора: чем раньше назначено лечение, тем меньше риск перехода заболевания в более тяжёлую форму. На основании полученных данных очевидно, что эффективность препаратов, оцениваемая по скорости выздоровления пациенток, неодинакова и превышает стандартную терапию.**

**Ключевые слова:** коронавирусная инфекция, COVID-19, беременность, моноклональные антитела, «КОВИД-глобулин».

*A comparison of drug therapies for COVID-19 in 615 pregnant and puerperal women revealed the importance of the time factor: the earlier the treatment is prescribed, the lower the risk of the disease progressing into a more severe form is. Based on the data obtained, it is clear that the drug effectiveness, assessed*

*Keywords: coronavirus disease; COVID-19; pregnancy; monoclonal antibody, COVID-globulin.*

**Актуальность.** Рост заболеваемости COVID-19 у беременных, рожениц и родильниц, отсутствие чётких алгоритмов ведения и лечения пациенток данной группы делают актуальной данную работу [1, 2].

Препараты, разрешённые к применению у беременных, неодинаковы по своему действию, к тому же они различаются по способу применения и химической структуре, следовательно, и показания к их назначению могут отличаться. Кроме того, эффективность данных лекарственных средств, вероятнее всего, неодинакова [3–5].

**Цель исследования** – проанализировать эффективность разных методов лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

**Материалы и методы.** Всего обследованы и пролечены 615 беременных и родильниц с COVID-19, подтверждённым методом ПЦР-диагностики, у которых выявлены факторы риска по развитию тяжёлых форм коронавирусной инфекции. Возраст женщин находился в пределах от 18 до 48 лет. Для лечения

новой коронавирусной инфекции на амбулаторном этапе, помимо этиотропной терапии, у пациенток из групп риска нами применялись следующие препараты: моноклональные антитела «Сотровимаб» и комбинация «Бамланивимаб» + «Этесевимаб», специфический иммуноглобулин к коронавирусу на основе плазмы крови людей, переболевших COVID-19, – «КОВИД-глобулин». Все пациентки были информированы о проводимых методах лечения, добровольно подписывали информированное согласие на проводимое лечение, одобренное Минздравом РФ.

В основе дизайна исследования лежало сравнение параллельных групп.

В первую группу вошли пациентки (n=111), которым вводился «Сотровимаб» в дозе 500 мг однократно внутривенно в разведении 100 мл физиологического раствора, вторая группа (n=408) сформирована из пациенток, которым вводили внутривенно однократно комбинацию препаратов «Бамланивимаб» 700 мг + «Этесевимаб» 1400 мг в разведении 250 мл физиологического раствора. Для третьей группы пациенток (n=38) использовался препарат «КОВИД-глобулин», который вводили внутривенно медленно без разведения из расчёта 4 мл/кг в течение 30 мин. Четвёртая группа – контрольная (n=57), получавшая стандартную терапию.

**Результаты.** В общей сложности 615 пациенток прошли лечение в разные сроки беременности и в послеродовом периоде. Клинически значимых результатов по лечению в зависимости от срока беременности и послеродового периода не получено.

При сравнении вышеописанных методов лечения выявлено, что лучший результат показал препарат «Сотровимаб» – выздоровление на 14-е сутки проводимой терапии наступало у 95% пациенток. В группе, получающей комбинацию моноклональных антител «Бамланивимаб» + «Этесевимаб», – у 89%, а в группе, получавшей «КОВИД-глобулин», – 84%. При использовании этиотропного лечения выздоровление на 14-е сутки наступило у 74% пациенток. При ухудшении состояния пациенткам за период наблюдения (14 дней) проводилось дополнительное лечение в зависимости от тяжести и длительности заболевания, а также ранее получаемого лечения. На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных сделан вывод, что отрицательного необратимого воздействия на мать и плод не оказано.

**Заключение.** Своевременное и адекватное лечение – залог благополучного завершения болезни как для матери, так и для новорождённого. Полученные нами данные показывают, что назначение моноклональных антител и «КОВИД-глобулина» в ранние сроки заболевания превосходило стандартную терапию по сокращению времени до выздоровления и снижению развития тяжёлых форм заболевания у беременных и родильниц с COVID-19.

## Литература

1. Peng-Hui W, Wen-Ling L, Szu-Ting Y. et al. The impact of COVID-19 in pregnancy: Part I. Clinical presentations and untoward outcomes of pregnant women with COVID-19 // *Journal of the Chinese Medical Association*. – 2021. – Sep. – Vol. 84. – №9. – P. 813–820.
2. Collin J, Byström E, Carnahan A. et al. Public Health Agency of Sweden's Brief Report: Pregnant and postpartum women with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection in intensive care in Sweden // *Acta Obstet. Gynecol. Scand*. – 2020. – Vol. 99. – P. 819–822.
3. Gottlieb R.L., Nirula A., Chen P. et al. Effect of Bamlanivimab as Monotherapy or in Combination With Etesevimaб on Viral Load in Patients With Mild to

Moderate COVID-19 // *A. Randomized. Clinical. Trial. JAMA*. – 2021. – Feb 16. – Vol. 325. – №7. – P. 632–644. [PMID: 33475701]

4. Whitehead C.L., Walker S.P. Consider pregnancy in COVID-19 therapeutic drug and vaccine trials // *Lancet*. – 2020. – May 23. – Vol. 395 (10237). [PMID: 32410758]

5. Felix H.J.F., Sakoulas G., Haddad F. Use of Intravenous Immunoglobulin (Prevagen or Octagam) for the Treatment of COVID-19 // *Retrospective Case Series. Respiration*. – 2020. – P. 1–9.

## Влияние моноклональных антител, применяемых для лечения COVID-19, на течение и исход беременности

**Поликарпова О.В.**, врач акушер-гинеколог;

**Грабовский В.М.**, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи;

**Шевченко Н.А.**, канд. мед. наук, зав. отделением гинекологии;

**Граценко И.М.**, врач акушер-гинеколог.

Городская клиническая больница №52, г. Москва.

E-mail: anna\_korzh@list.ru;

моб. тел.: +7 (906) 092 6919.

**При анализе лабораторных и инструментальных данных наблюдаемых нами беременных, заболевших COVID-19, выраженных изменений за время наблюдения не выявлено. При дальнейшем мониторинге отрицательного влияния препаратов на течение беременности и её исходов не было, что позволяет сделать вывод о безопасном применении моноклональных антител для лечения беременных.**

**Ключевые слова:** коронавирусная инфекция, COVID-19, беременность, моноклональные антитела.

*The analysis of laboratory and instrumental data of the pregnant patients with COVID-19 we managed did not reveal any pronounced changes during the period of our observation. Further monitoring showed no adverse effect of the drugs on pregnancy course and its outcomes, which allows us to conclude that monoclonal antibodies are safe for the treatment of pregnant women.*

*Keywords: coronavirus disease, COVID-19, pregnancy, monoclonal antibodies.*

**Актуальность.** В начале пандемии не было чёткой информации о течении инфекции у беременных и женщин в послеродовом периоде и считалось, что у данной категории больных меньше вероятность тяжёлого течения заболевания и неблагоприятного исхода для беременности [1]. Однако до 10% случаев бессимптомных и лёгких форм COVID-19 приводят к более тяжёлым исходам, включая респираторный дистресс, требующий госпитализации [2, 3]. Недооценка реального риска осложнений привела к увеличению перинатальной и материнской смертности на фоне коронавирусной инфекции [4]. В связи с чем медицинскими работниками всех стран начат поиск безопасных препаратов для лечения COVID-19 у беременных, рожениц и родильниц. В 2021 г. Минздравом РФ одобрено и разрешено применение моноклональных антител с целью лечения лёгкой и средней степени тяжести течения коронавирусной инфекции у беременных, рожениц и родильниц группы риска. Несмотря на спад заболеваемости и лёгкость течения коронавирусной инфекции, практикующим врачам необходимо знать потенциальные риски, осложнения, исходы беременности при данном способе терапии [5, 6].

**Цель исследования** — оценить влияние препаратов на организм женщины и исход беременности.

**Материалы и методы.** Оценивались состояние и результат лечения 197 пациенток, находившихся на лечении в стационаре короткого пребывания (СКП) и получавших лечение моноклональными антителами в связи с выявленной коронавирусной инфекцией COVID-19 в возрасте от 18 до 49 лет. 34 пациенткам проводилось лечение препаратом «Сотровимаб» 500 мг в виде однократно проводимой инфузии (первая группа). 164 пациенткам (вторая группа) проводилась комбинированная терапия препаратами «Бамланивимаб» 700 мг и «Этесевимаб» 1400 мг в виде однократно проводимой инфузионной терапии в день поступления в СКП на основании выявленных факторов риска тяжёлого течения заболевания, лабораторных анализов (повышение уровня СРБ, лимфопения и лейкопения), изменения в лёгких по УЗИ либо КТ.

**Результаты.** Результаты лечения оценивались по клиническим данным (снижение гипертермии, отсутствие или уменьшение признаков респираторной инфекции), контролю лабораторных анализов и состоянию лёгких на 3-и и 7-е сутки от начала проводимой терапии, а также ретроспективно. При сравнении двух групп пациенток установлено, что эффективность комбинации препаратов «Бамланивимаб» + «Этесевимаб» — 89%, «Сотровимаб» — 95%. В начале лечения гипертермия наблюдалась у 21% пациенток первой группы у 28% второй группы. У большинства пациенток при поступлении были проявления катаральных явлений. На 10-й день от начала лечения в первой группе гипертермии не наблюдалось, во второй группе отмечено 2% гипертермии. ПЦР на 7-е сутки от начала лечения оставался положительным у 1% пациенток обеих групп. В общем анализе крови, учитывая лимфо- и лейкопению в начале заболевания, отмечено сравнительно одинаковое повышение лейкоцитов и лимфоцитов, не превышающее нормальных значений. При оценке С-реактивного белка отмечено его снижение на 3-и и 7-е сутки от начала заболевания в обеих группах. На фоне проводимой терапии в обеих группах отмечено примерно одинаковое повышение печёночных ферментов к 7-мудню лечения, которые снижались через 14 дней наблюдения без назначения гепатопротекторов. При оценке УЗИ лёгких за 7 сут от начала лечения динамики в обеих группах сравнения не наблюдалось. При УЗИ плода на 3-и и 7-е сутки клинически значимых изменений, связанных с проводимой терапией, не выявлено. Сроки и способ родоразрешения зависели от следующих факторов: состояния беременной, срока беременности, состояния плода. При лёгких формах возможны роды через естественные родовые пути при отсутствии акушерских показаний к операции. Экстренное кесарево сечение проводится при ухудшении состояния роженицы, дистресс-синдроме плода и слабости родовой деятельности. К маю 2022 г. у 103 наблюдаемых пациенток беременность закончилась родами. Состояние новорождённых детей характеризовалось как удовлетворительное. Роды и послеродовой период протекали гладко.

**Заключение.** Моноклональные антитела доказали свою высокую эффективность в лечении пациенток на ранних стадиях заболевания COVID-19, отсутствие отрицательного воздействия на организм матери и ребёнка.

## Литература

1. Методические рекомендации «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым при новой коронавирусной инфекции COVID-19». Версия 4 (5 июля 2021 г.). — Минздрав РФ, 2021. — 331 с.

2. Freedman R., Hunter S.K., Law A.J. et al. Maternal choline and respiratory coronavirus effects on fetal brain development // *J. Psychiatr. Res.* — 2020. — Sep. — Vol. 128. — P. 1–4. [PMID: 32474140]
3. Delahoy M.J., Whitaker M., O'Halloran A. et al. COVID-NET Surveillance Team. Characteristics and Maternal and Birth Outcomes of Hospitalized Pregnant Women with Laboratory-Confirmed COVID-19 — COVID-NET, 13 States, March 1-August 22, 2020 // *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* — 2020. — Sep. 25. — Vol. 69. — №38. — P. 1347–1354. [PMID: 32970655]
4. Figueiro-Filho E.A., Yudin M., Farine D. COVID-19 during pregnancy: an overview of maternal characteristics, clinical symptoms, maternal and neonatal outcomes of 10,996 cases described in 15 countries // *J. Perinat. Med.* — 2020. — Vol. 48. — №9. — P. 900–911.
5. Folkman R., Blennow O., Tovatt T. et al. Treatment of COVID-19 with monoclonal antibodies casirivimab and imdevimab in pregnancy // *Infection.* — 2022. — Apr. 28. — P. 1–3. [PMID: 35482208]
6. Gupta I., Arguello Perez E.S. Use of Sotrovimab in a Pregnant Patient With COVID-19 Infection // *Cureus.* — 2022. — Feb. 27. — Vol. 14. — №2. — P. e22658.

## Интерпретация КТГ и перинатальные исходы при подозрении на дистресс плода

- <sup>1</sup>**Пониманская М.А.**, канд. мед. наук, главный специалист по акушерству и гинекологии ЦАО г. Москвы, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи;
- <sup>2</sup>**Старцева Н.М.**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института;
- <sup>3</sup>**Ли Ок Нам**, канд. мед. наук, зав. родильным отделением;
- <sup>4</sup>**Саная С.З.**, врач акушер-гинеколог.
- <sup>5</sup>Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнёва;
- <sup>6</sup>Российский университет дружбы народов;
- <sup>7</sup>Медицинский центр NEO.  
E-mail: ponimanskaya@mail.ru;  
моб. тел.: +7 (985) 761 0170.

Самым распространённым методом оценки состояния плода в родах является КТГ. Несмотря на наличие зарубежных классификаций, в нашей стране нет точных алгоритмов действий при различных изменениях на лентах КТГ, что приводит к неумолимо эскалации доли абдоминальных родоразрешений без улучшения неонатальных исходов [1]. Проведённое исследование, целью которого был анализ качества интерпретации лент КТГ у пациенток с диагнозом «дистресс плода», показало связь между отсутствием строгих алгоритмов и ростом необоснованных операций кесарева сечения.

**Ключевые слова:** КТГ, дистресс плода, оценка Апгар.

*The most common method of assessing the condition of the fetus in childbirth is CTG. Despite the presence of foreign classifications of tapes, there are no exact algorithms of actions in our country for various changes, which leads to an inexorable escalation of the proportion of abdominal deliveries without improving neonatal outcomes [1]. The conducted study, the purpose of which was to analyze the quality of interpretation of CTG tapes in patients diagnosed with fetal distress, showed a link between the lack of strict algorithms and an increase in the percentage of unjustified cesarean section operations.*

**Keywords:** Cardiotocography (CTG), fetal distress, Apgar score rate.

**Актуальность.** Сегодня современное акушерство столкнулось с огромной проблемой, связанной с неумолимо растущим

**StatusPraesens**  
*profmedia*



Книги и журналы **StatusPraesens**  
теперь можно приобрести и на **OZON!**

- Больше адресов пунктов выдачи
- Быстрая доставка

**КУПИТЬ**



процентом оперативных родов [2]. Наиболее частым показанием для операции кесарева сечения со стороны плода является дистресс, выставленный по данным КТГ ввиду широкого применения данного метода в родах с целью оценки состояния плода. КТГ – актуальный и доступный метод, отсутствие регламентированных критериев оценки и алгоритмов действий при различных изменениях приводит к тому, что ряд операций выполняется необоснованно, у новорождённого нет признаков гипоксии [3]. Учитывая это, вопрос разработки чек-листов в отношении интерпретации лент КТГ и понятных алгоритмов действий всё ещё остаётся актуальным.

**Цель исследования** – провести ретроспективный анализ лент КТГ согласно критериям FIGO 2015 г. из историй родов, где был установлен диагноз «дистресс плода с изменениями на КТГ» и выполнена операция кесарева сечения, а также неонатальных исходов.

**Материалы и методы.** Для исследования использовалось 90 лент КТГ из историй своевременных оперативных одноплодных родов трёх акушерских стационаров г. Москвы, где показанием к кесареву сечению был дистресс плода с изменениями на КТГ. Для оценки лент использовались критерии FIGO 2015 г. При анализе перинатальных исходов использовались оценка по шкале Апгар и исследование кислотно-щелочного состава крови.

**Результаты.** Исследование показало, что 50% лент являлись патологическими. В 60% были выявлены повторяющиеся децелерации на протяжении более 30 мин, 20% были отнесены к патологическим в связи с наличием пролонгированной децелерации, 20% – в связи со снижением вариабельности менее 5 уд/мин на протяжении более 50 мин. Из оставшихся 50% лент 20% имели все критерии нормального типа и 30% лент были классифицированы как подозрительный тип ввиду наличия тахикардии у плода при нормальной вариабельности и отсутствии децелераций. Анализ неонатальных исходов показал, что из 90 детей девять детей были переведены в ОРИТН, восемь из которых имели оценку по шкале Апгар на первой минуте 7 баллов и рН крови 7,2 в течение первого часа жизни. Один ребёнок был рождён с оценкой по шкале Апгар 5/6 и рН крови при рождении 6,95. 81 новорождённый имел оценку по шкале Апгар в среднем 7/8 балла, не нуждался в дополнительном лечении и находился на совместном пребывании с матерью.

**Заключение.** КТГ – универсальный метод оценки состояния плода, однако отсутствие регламентированных критериев оценки и алгоритмов действий при изменениях на лентах приводит к росту операций кесарева сечения, но без улучшения перинатальных исходов.

## Литература:

1. Kale I. Does continuous cardiotocography during labor cause excessive fetal distress diagnosis and unnecessary cesarean sections? // *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* – 2022. – Mar. – Vol. 35. – №6. – P. 1017–1022.
2. Радзинский В.Е., Князев С.А. Несостоятельные рекомендации ВОЗ о снижении доли кесаревых сечений // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* – 2015. – №3 (26). – С. 11–20.
3. Santo Susana et al. Agreement and accuracy using the FIGO, ACOG and NICE cardiotocography interpretation guidelines // *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. – 2017. – Vol. 96. – №2. – P. 166–175.

## Тревога в практике гинеколога. Методы коррекции

*Портянникова Н.П., канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии;*

*Неганова О.Б., канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии.*

*Медицинский университет «Реавиз».*

*E-mail: portyannikova@mail.ru; моб. тел.: +7 (917) 146 9931.*

**Обследовано 86 женщин раннего репродуктивного возраста с различной степенью выраженности предменструального синдрома с ведущей ролью психоэмоциональных и нейровегетативных расстройств. Среди них выделено три группы: в I группу включена 31 женщина, которые получали микродозированный оральный контрацептив, содержащий дроспиренон, во II группу вошли 27 женщин, получавших препарат из группы СИОЗС, III группа принимала витаминно-минеральный комплекс и включала 28 пациенток. Результаты показали эффективность купирования психоэмоциональных расстройств во всех трёх группах, тем не менее микродозированный оральный контрацептив, содержащий дроспиренон, эффективнее купировал психоэмоциональные и нейровегетативные проявления климактерического синдрома, а также регулировал менструальный цикл и обменно-эндокринные и вегетососудистые нарушения.**

**Ключевые слова:** предменструальный синдром, психоэмоциональные расстройства, микродозированный оральный контрацептив с дроспиреноном, селективный ингибитор обратного захвата серотонина, витаминно-минеральный комплекс.

*86 women of reproductive age were examined with dissimilar evidence of premenstrual syndrome in which the leading role was played by psychoemotional and neurovisceral dissociations. Among them are singled out three groups: the first group includes 31 women who took ultra low dose oral contraceptive containing drospirenone, the second group includes 27 women who took medication from SSRI group and the third group includes 28 women who took vitamin mineral premix. The issues showed a great efficiency in reserving psychoemotional dissociations in all three groups. However ultra low dose oral contraceptive containing drospirenone efficiently reserved psychoemotional and neurovisceral evidence of climacteric syndrome and also regulated menstrual cycle and metabolic-endocrine and vegetovascular disorders.*

*Key words: premenstrual syndrome, psychoemotional dissociations, ultra low dose oral contraceptive containing drospirenone, selective serotonin-reuptake inhibitor, vitamin mineral premix.*

**Актуальность.** Более 2 лет мир живёт в напряжении: помимо природных стихий, локальных боевых действий идёт распространение инфекции COVID-19 с её различными штаммами. У многих людей возникают психологические проблемы в связи со сложностью адаптации к новым реалиям [1]. Распространённость расстройств психоэмоциональной сферы во вторую фазу менструального цикла, их значимость в социальной адаптации женщины диктуют необходимость коррекции этих нарушений в практике гинеколога.

**Цель исследования** – изучить эффективность купирования психоэмоциональных расстройств во вторую фазу менструального цикла различными методами.

**Материалы и методы.** Обследовано 86 женщин в возрасте 18–30 лет, у которых в клинической картине ведущую роль

играли психоэмоциональные и нейровегетативные расстройства во вторую фазу цикла. В зависимости от метода лечения женщины с предменструальным синдромом (ПМС) были разделены на три группы, сопоставимые по возрасту, сопутствующим заболеваниям, степени и характеру выраженности психоэмоциональных проявлений ПМС. I группа (n=31) получала микродозированный оральный контрацептив, содержащий дроспиренон, по контрацептивной схеме. II группа (n=27) получала препарат из группы СИОЗС в течение 6 мес. III группа (n=28) принимала фитопрепарат на основе плодов витекса священного («Циклодинон») и витаминно-минеральный комплекс (ВМК) («Цикловита»).

**Результаты.** В исследуемых группах больных показатель «опросник по ПМС» (по М.Н. Кузнецовой, 1970) снизился через 6 мес терапии в I группе на 79%, во II группе – на 66%, в III группе – на 56%, причём психоэмоциональная составляющая снизилась в I группе на 84%, во II группе – на 84%, в III группе – на 54% ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Результаты проведённого исследования показали большую эффективность и безопасность микродозированного комбинированного орального контрацептива, содержащего дроспиренон, и СИОЗС для терапии психоэмоциональных расстройств во вторую фазу цикла у женщин с ПМС по сравнению с фитопрепаратом и ВМК.

## Литература

1. Tang X., Wu C., Li X. et al. On the origin and continuing evolution of SARS-Co V-2 // *National Science Review*. – 2020.

## Плацентарные факторы антенатальной гибели плодов разных сроков гестации

<sup>1</sup>Посисеева Л.В., докт. мед. наук, проф.;

<sup>2</sup>Кулида Л.В., докт. мед. наук, ст. научный сотрудник;

<sup>3</sup>Филькина Е.В., канд. мед. наук, начальник отдела организации медицинской помощи детям службы родовспоможения.

<sup>1</sup>Российский университет дружбы народов, ООО «Клиника современной медицины», г. Иваново;

<sup>2</sup>Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова;

<sup>3</sup>Департамент здравоохранения Ивановской области.

E-mail: [lvposiseeva@mail.ru](mailto:lvposiseeva@mail.ru);

моб. тел.: +7 (905) 105 2929.

**Морфологическое исследование 88 плацент у женщин с антенатальной гибелью плода в сроки гестации от 22 до 40 нед показало, что при наличии общих патоморфологических изменений в плацентах в виде гипоплазии провизорного органа, иммуновоспалительных процессов, нарушений кровообращения, слабого развития компенсаторно-приспособительных реакций частота встречаемости и степень выраженности этих нарушений была различной и зависела от срока беременности.**

**Ключевые слова:** антенатальная гибель плода, плацента, морфология.

*A pathomorphological study of 88 placentas in women with antenatal fetal death during gestation from 22 to 40 weeks showed that in the presence of general pathomorphological changes in placentas in the form of hypoplasia, inflammatory processes, circulatory disorders, poor development of compensatory-adaptive*

*reactions, the frequency of occurrence and severity of these disorders was different and depended on the duration of pregnancy.*

*Keywords:* antenatal fetal death, placenta, morphology.

**Актуальность.** Антенатальные потери являются общемировой проблемой. Около 1% нормальных неосложнённых беременностей заканчиваются гибелью плода. Причины развития этой патологии в разные сроки беременности имеют свои особенности [1]. Известно, что феномен смерти плода обусловлен множеством факторов и нельзя выделить один из них, который однозначно приводил бы к мертворождаемости [2].

**Цель исследования** – сравнительная оценка патоморфологических особенностей плацент при антенатальной гибели плодов разных сроков гестации.

**Материалы и методы.** Проведено морфологическое исследование 88 плацент антенатально погибших плодов в сроки беременности 22–31 (n=48), 32–36 (n=20) и 37–40 (n=20) нед. Критериями невключения были плаценты при многоплодной беременности, с пороками развития плодов и стигмами дизэмбриогенеза.

**Результаты.** При наличии общих патоморфологических изменений в плацентах в виде воспалительных процессов, гипоплазии, нарушений кровообращения, слабого развития компенсаторно-приспособительных реакций частота встречаемости и степень выраженности этих нарушений была различной в зависимости от срока беременности. В плацентах более ранних сроков (22–31 нед) чаще выявлялись гипоплазия данного провизорного органа, неправильная форма и краевое прикреплении пупочного канатика, внеплацентарный хориоамнионит, флебит пупочной вены, плацентарный хорионит и субхориальный интервиллезит. Из расстройств кровообращения в этих плацентах преобладали острые нарушения маточно-плацентарного кровотока в виде ПОНРП, которые развивались на фоне незавершённой гестационной перестройки эндометриальных сегментов спиральных артерий и вирусно-бактериального децидуита. Компенсаторные реакции в эти сроки определялись лишь в единичных случаях в виде мелкоочаговой гиперплазии терминальных ворсин и слабо выраженной в них гиперплазии капилляров. В сроки 32–36 и 37–40 нед чаще встречались инфаркты, повышенное отложение фибрина и фибриноида в базальной пластинке и в зонах некроза эпителия ворсин. Компенсаторные процессы были более выражены и встречались значительно чаще.

**Заключение.** Ведущими плацентарными факторами при антенатальной гибели плодов в сроки 22–31 нед следует считать хроническое воспаление в строме ворсинчатого дерева, базальной пластинке и децидуальном компоненте плодных оболочек, гипоплазию плаценты в сочетании с нарушением созревания ворсин, острые расстройства маточно-плацентарного кровотока и несформированные компенсаторные процессы. Ведущими патоморфологическими изменениями в плацентах в сроках 33–36 и 37–40 нед является сочетание хронических нарушений материнско-плодового кровообращения с базальным и париетальным децидуитом на фоне умеренно сформированных компенсаторных процессов.

## Литература

1. Рефай М., Вираккоди Ю. Смерть плода в утробе матери. – URL: <https://doi.org/10.53347/r1d-4877>.

2. Волков В.Г., Кастор М.В. Современные взгляды на проблему классификации и определения причин мертворождения // *Российский вестник акушерско-гинеколога*. – 2020. – №20 (3). – С. 29–34.

## Морфологическая верификация эффективности радоновой бальнеотерапии и пелоидотерапии в условиях экспериментальной модели хронического эндометрита

**Ремнёва О.В.**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ДПО;

**Чернова А.Е.**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО.

Алтайский государственный медицинский университет.  
E-mail: rolmed@yandex.ru;  
моб. тел.: +7 (913) 2500280.

**В эксперименте продемонстрирована противовоспалительная эффективность радоновой бальнеотерапии в виде уменьшения морфологических критериев воспалительного процесса в эндометрии. Показан потенцирующий лечебный эффект комплексного применения радонотерапии и пелоидотерапии.**

**Ключевые слова:** радонотерапия, пелоидотерапия, хронический эндометрит.

*The effect of radon therapy on the severity of histological signs of chronic endometritis was demonstrated in the experiment. The anti-inflammatory effectiveness of radon balneotherapy was revealed in the form of a decrease in such morphological criteria of the inflammatory process in the endometrium. The potentiating therapeutic effect of the complex application of radon therapy and peloidotherapy is shown.*

*Keywords:* radon therapy, peloidotherapy, chronic endometritis.

**Актуальность.** Морфофункциональные нарушения эндометрия занимают одно из ключевых мест в структуре причин женской фертильности и ранних репродуктивных потерь. Распространённость хронического эндометрита среди пациенток с привычным невынашиванием составляет до 50%, бесплодия – до 23%, безуспешных попыток применения ВРТ – до 60% [1–3]. Научный поиск, направленный на выявление эффективных и безопасных методик коррекции хронического эндометрита на прегравидарном этапе, позволит повысить фертильность женщин с нарушениями имплантационной способности эндометрия и улучшить перинатальные исходы.

**Цель исследования** – продемонстрировать эффективность радонотерапии и пелоидотерапии в условиях экспериментальной модели хронического эндометрита.

**Материалы и методы.** В стандартных условиях вивария крысы линии Wistar (n=21) были разделены на три группы: основная группа (n=7), группа сравнения I (n=7), группа сравнения II (n=7). Моделирование экспериментального хронического эндометрита проводилось путём спринцевания в полость маточного рога аутокаловой взвеси [3]. Далее животные основной группы получали слаборадоновые ванны (5,4–6,2 мКи/л) Т-380С 1 раз в день длительностью 15 мин, №10. Группа сравнения I получала радонотерапию аналогично вышеописанной схеме и бальнеотерапию природной соленасыщенной среднесульфидной иловой лечебной грязью Т-380С 1 раз в день длительностью 20 мин, №10. Группа сравнения II получала терапию аналогично группе I с дополнительным назначением антибактериальной терапии препаратом широкого спектра действия («Цефтриаксон») в соответствии с весом животного в течение 7 дней с первого дня эксперимента. По окончании эксперимента всем животным под эфирным наркозом проводилась лапаротомия с гистерэктомией. Микростеклопрепараты

эндометрия подвергались гистологическому исследованию (окраска гематоксилином и эозином, ×200).

**Результаты.** У животных основной группы до начала лечения в эндометрии определялся диффузный воспалительный инфильтрат плотностью 125,7±12,0 клетки, а после применения радонотерапии его плотность снизилась до 93,1±12,7 клетки (p>0,05). В группе сравнения I плотность воспалительного инфильтрата уменьшилась более значимо по сравнению с основной группой – до 71,4±6,1 клетки (p<0,05). В группе сравнения II после комплексной терапии воспалительная инфильтрация была представлена небольшим количеством лимфоцитов, нейтрофилов, а её плотность составила 35,56±1,8 клетки (p<0,05).

**Заключение.** Радоновая бальнеотерапия обладает противовоспалительной эффективностью в отношении хронического эндометрита в условиях экспериментальной модели. При комплексном применении радонотерапии и пелоидотерапии отмечается потенцирующий эффект.

### Литература

1. Яковчук Е.К. Хронический эндометрит: современное состояние проблемы, основные аспекты патогенеза, влияние на репродуктивную функцию // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2016. – №16 (5). – С. 37–41.
2. Vitagliano A. Autoimmunity, systemic inflammation, and their correlation with repeated implantation failure and recurrent miscarriage: Is chronic endometritis the missing piece of the jigsaw? // American Journal of Reproductive Immunology. – 2017. – №77 (1). – P. 116–121.
3. Zhang J. Introduction of Female Reproductive Processes and Reproductive Diseases // Advances in Experimental Medicine and Biology. – 2021. – Vol. 1300. – P. 23–38.
4. Мороз А.С. Изучение активности окислительных процессов при экспериментальном моделировании эндометрита у крыс // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2019. – №63 (4). – С. 101–104.

## Индукция родов и подготовка шейки матки путём интравагинального введения динопростона

**Сакварелидзе Н.**, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета;

**Цахилова С.Г.**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета.

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

E-mail: doctor-68gkb@mail.ru; моб. тел.: +7 (925) 3141616.

**Простагландин E<sub>2</sub> (PGE<sub>2</sub>), известный под названием динопростон, является природным соединением, участвующим в стимулировании родов, хотя он также присутствует в воспалительном процессе [1]. Простагландин E<sub>2</sub> вызывает сокращение в миометрии посредством прямой стимуляции и способствует расширению, стиранию и размягчению шейки матки аналогично естественному протеканию беременности, возможно, из-за повышенной секреции коллагеназы [2].**

**Ключевые слова:** предикторы, подготовка шейки матки к родам, преиндукция, простагландины, динопростон.

*Prostaglandin E<sub>2</sub> (PGE<sub>2</sub>), also known as dinoprostone, is a natural compound involved in labor induction, although it is also present in*

*the inflammatory process [1]. Prostaglandin E2 induces contraction in the myometrium through direct stimulation and promotes dilatation, effacement and softening of the cervix, similar to the natural course of pregnancy, possibly due to increased secretion of collagenase [2].*

*Keywords: predictors, cervical ripening, preinduction, prostaglandins, dinoprostone.*

**Актуальность.** По данным И.С. Сидоровой (2006) и J. Ludmir et. al. (2000), созревание шейки матки и начало родовой деятельности регулируется многими факторами, среди которых простагландины занимают одно из ведущих мест. Во время родов происходит повышение концентрации простагландинов, их метаболитов, арахидоновой кислоты в крови и амниотической жидкости, которое идёт параллельно процессу раскрытия шейки матки. Биосинтез простагландинов происходит в плодных и децидуальной оболочках, а также в шейке матки [3]. В конце 90-х годов прошлого столетия в некоторых зарубежных странах получил распространение метод контролируемого введения простагландина с контролируемым высвобождением. В ряде исследований доказано, что препарат очень эффективен для ускорения созревания шейки матки, значительно уменьшает продолжительность интервала между началом введения простагландина и родами, однако отмечается гиперстимуляция матки [4].

**Цель исследования** – оценить эффективность и безопасность динопростона («Цервигил») медленного высвобождения для созревания шейки матки.

**Материалы и методы.** В проспективное исследование вошли 50 беременных женщин, возраст которых был от 24 до 34 лет и в среднем составил 25,5±2,5 года. Критерии включения: одноплодная беременность, гестационный возраст ≥37 нед, нормальные показатели частоты сердечных сокращений, электрокардиограммы и степень зрелости шейки матки по шкале Бишопа <6. Критерии исключения: в анамнезе кесарево сечение, операции на матке, повышенная чувствительность к динопростону, аномалии плода, предполагаемая масса плода более 4500 г. Все пациентки, включённые в исследование, были индуцированы вагинальной вставкой 10 мг динопростона с медленным высвобождением. Простагландин E<sub>2</sub> 10 мг вводится высоко в задний свод влагалища со скоростью 0,3 мг/ч в течение 24 ч. Вставку динопростона удаляли через 24 ч или раньше, когда шейка матки была оценена по шкале Бишопа ≥6 баллов или начиналась родовая деятельность.

**Результаты.** Для оценки возможности использования динопростона медленного высвобождения для подготовки шейки матки учитывалась оценка по шкале Бишопа на ≥3 балла или на ≥6 баллов через 12 ч, а также родоразрешение в течение 12 ч после начала индукции. После преиндукции динопростона степень зрелости шейки матки составила 8–9 баллов. Наибольшая эффективность отмечена у первородящих – в 63% наблюдений, а у повторнородящих – в 37% случаев (p<0,05). Частота достижения успешной преиндукции вагинальным динопростонам в 1,5 раза чаще отмечена у первородящих по сравнению с повторнородящими. Однако регулярная родовая деятельность и родоразрешение в течение 12 ч после установки вставки динопростона у повторнородящих отмечены в 69% наблюдений, у первородящих – в 31% (p<0,05). Кесарево сечение в экстренном порядке выполнено в 8% случаев в связи с аномалией (слабостью) родовой деятельности у первородящих на сроке беременности более 41 нед. Длина шейки матки, по данным исследования трансвагинальной эхографии, является маркёром прогностических факторов и исхода индукции родов.

На основании определения состояния шейки матки в 41 нед и более следует выделить когорту беременных, требующих подготовки шейки матки к родам. После подготовки шейки матки с помощью простагландина E<sub>2</sub> при длине шейки матки 2–2,5 см вероятность развития регулярной родовой деятельности выше, чем при длине 2,5–3 см (p<0,05). Роды и послеродовой период у всех обследованных женщин протекали без таких осложнений, как родовой травматизм, кровотечение.

Дети, рождённые от матерей, использовавших вагинальный динопростон, были оценены неонатологами на первой минуте рождения не ниже 8,5±0,6 балла по шкале Апгар. Ранний неонатальный период протекал без особенностей.

**Заключение.** На основании определения состояния шейки матки в 41 нед и более следует выделить когорту беременных, требующих подготовки шейки матки к родам вагинальным динопростонам. После подготовки шейки матки с помощью простагландина E<sub>2</sub> при её длине 2–2,5 см вероятность развития регулярной родовой деятельности выше, чем при 2,5–3 см. Эффективность динопростона в созревании шейки матки по шкале Бишопа 3–6 баллов достоверно чаще была отмечена у первородящих (63%), чем у повторнородящих. Регулярная родовая деятельность и родоразрешение в течение 12 ч после установки вставки динопростона у повторнородящих отмечены достоверно чаще (69%), чем у первородящих. В 6% наблюдений была отмечена маточная тахисистолия, которая явилась причиной досрочного извлечения вагинальной вставки, но не повлёкшая за собой дискоординацию родовой деятельности. Подготовка шейки матки и индукция родов с применением вагинальной вставки динопростона 10 мг является безопасным и эффективным методом, что способствует благоприятным исходам родов.

## Литература

1. Konopka C.K., Glanzner W.G., Rigo M.L. et al. Responsivity to PGE2 labor induction involves concomitant differential prostaglandin E receptor gene expression in cervix and myometrium // *Genet. Mol. Res.* – 2015. – Vol. 14. – P. 10877–10887.
2. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. – М.: МИА, 2006. – 240 с.
3. Ludmir J., Sehdev H.M. Anatomy and physiology of the uterine cervix // *Clin. Obstet. Gynecol.* – 2000. – Sep. – Vol. 43. – №3. – P. 433–439.
4. Hadi H. Cervical ripening labor induction: clinical guidelines // *Clin. Obstet. Gynecol.* – 2000. – Sep. – Vol. 43. – №3. – P. 524–536.

## Менструальная функция у молодых женщин, подверженных воздействию социального джетлага

<sup>1</sup>Сандакова Е.А., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2;

<sup>2</sup>Жуковская И.Г., докт. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии.

<sup>1</sup>Пермский государственный медицинский университет им. Е.А. Вагнера;

<sup>2</sup>Ижевская государственная медицинская академия.

E-mail: selena11perm@yandex.ru; моб. тел.: +7 (912) 485 5381.

**В современных условиях социальный джетлаг – расхождение между биологическими внутренними часами («хронотипом») и социальными обязательствами (учёба, работа) – выступает**

в качестве важного фактора, влияющего на репродуктивную функцию молодых женщин, что отражено формированием дисменореи в 35,5% случаев, изменениями менструального ритма в 68,0% и ретенционных кист яичников у 40,6%. При разработке персонализированных лечебно-профилактических программ необходимо учитывать значимость десинхроноза и повышать адаптационные возможности.

**Ключевые слова:** социальный джетлаг, нарушения менструальной функции.

*In the contemporary context, social jetlag – the discrepancy between biological internal clock (“chronotype”) and social obligations (study, work) – appears to be an important factor affecting reproductive function of young women, which is reflected by the formation of dysmenorrhea in 35.5% of cases, changes in menstrual cycle rhythmicity in 68.0% of cases and retention cysts of ovaries in 40.6% of cases (according to echography findings). When developing individualized programs of treatment and prevention, it is necessary to take into account the importance of desynchronization and to increase adaptive capacity.*

**Keywords:** social jetlag, menstrual function disorders.

**Актуальность.** Значительная часть нарушений менструальной функции (70%) у молодых женщин обусловлена регуляторными сдвигами в репродуктивной системе, среди которых четверть связана со стрессогенными факторами, в том числе с социальным джетлагом – расхождением между биологическими внутренними часами («хронотипом») и вынужденным социальным регулированием жизни (учёба, работа, социальные обязательства) [1]. Десинхроноз влияет на выработку гонадотропин-рилизинг-гормона, секрецию гонадотропинов, синтез мелатонина, а следовательно, гормонов яичника, что приводит к расстройствам менструальной функции [2].

**Цель исследования** – охарактеризовать изменения со стороны репродуктивной системы у молодых женщин, подверженных воздействию социального джетлага.

**Материалы и методы.** Обследовано 140 студенток медицинского вуза. Группу наблюдения I составили 103 (73,6%) пациентки с признаками воздействия социального джетлага на протяжении не менее 6 мес; группу сравнения II – 37 студенток с отсутствием десинхроноза. Средний возраст обследованных составил 20,6±5,3 и 20,1±7,0 года. Методы исследования включали общий осмотр, гинекологическое исследование, эхографию органов малого таза, анкетирование по специально разработанному опроснику, включающему факторы, формирующие социальный джетлаг.

**Результаты.** Наиболее значимыми факторами социального джетлага являются работа в ночную смену (65,0±4,7, 21,6±6,8;  $p < 0,001$ ), совмещение учёбы с работой (63,1±4,8, 29,7±7,5;  $p < 0,001$ ) и продолжительность сна менее 7 ч (46,6±4,9, 67,6±7,7;  $p < 0,05$ ). Репродуктивная система у молодых женщин оказалась наиболее уязвимой для социального джетлага, что отразилось в повышении частоты дисменореи (35,5±4,7, 10,7±5,1;  $p < 0,001$ ), изменении продолжительности менструального цикла в сторону как удлинения более 38 дней (22,9±4,1, 2,9±2,8;  $p < 0,001$ ), так и укорочения менее 24 дней (17,1±3,7, 4,3±3,3;  $p < 0,05$ ), появлении межменструальных кровянистых выделений (28,5±4,4, 2,9±2,8;  $p < 0,001$ ). Из гинекологических заболеваний в I группе чаще всего регистрировались функциональные кисты яичников (40,6±4,8 против 7,1±4,2% во II группе;  $p < 0,001$ ), что можно расценивать как неспецифическую реакцию яичников на десинхроноз [3].

**Заключение.** Таким образом, в современных условиях социальный джетлаг выступает в качестве важного фактора

(которому подвержены 73,6% молодых женщин, обучающихся, в частности, в медицинском вузе), влияющего на состояние здоровья молодых женщин, и прежде всего на репродуктивную систему, что необходимо учитывать при разработке персонализированных лечебно-профилактических программ.

## Литература

1. Колода Ю.А., Раевская О.А., Яцышина Д.В. Найти иголку в стоге сена. Дифференциальная диагностика дисфункции яичников: Информационный бюллетень / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2021. – 20 с.
2. Wang Y., Gu F., Deng M. et al. Rotating shift work and menstrual characteristics in a cohort of Chinese nurses // BMC Womens Health. – 2016. – Vol. 4. – №16. – P. 24.
3. Сандакова Е.А., Жуковская И.Г., Ваганова А.Ф. и др. Состояние соматического и репродуктивного здоровья женщин с функциональными кистами яичников и возможности их коррекции // Лечение и профилактика. – 2019. – №10 (3). – С. 24–29.

## Нарушение функционального состояния тромбоцитов и его коррекция в динамике беременности у женщин с осложнённым акушерским анамнезом

**Сафиуллина С.И.**, канд. мед. наук, доц. кафедры внутренних болезней;

**Евтюгина Н.Г., Пешкова А.Д., Литвинов Р.И.,**

научно-исследовательская лаборатория «Белково-клеточные взаимодействия».

Институт фундаментальной медицины и биологии  
Казанского федерального университета.

E-mail: svetlana.ild.safullina@gmail.com;  
моб. тел.: +7 (987) 004 0703.

**Исследование функциональной активности тромбоцитов в динамике беременности у женщин с осложнённым акушерским анамнезом по сравнению с контрольной группой выявило снижение сократительной функции тромбоцитов вследствие их хронической активации и истощения в I триместре с последующей нормализацией функции тромбоцитов после назначения ацетилсалициловой кислоты.**

**Ключевые слова:** беременность, контракция сгустка крови, тромбоциты.

*The study of dynamic platelet functionality during pregnancy in women with a complicated obstetric history compared with the control group revealed a decrease in platelet contractility due to their chronic background activation and subsequent exhaustion in the I trimester, followed by normalization of platelet function after the administration of acetylsalicylic acid.*

**Keywords:** pregnancy, blood clot contraction, platelets.

**Актуальность.** Одним из патогенетических факторов невынашивания беременности являются нарушения гемостаза [1]. При этом роль тромбоцитов остаётся сравнительно малоизученной, хотя коррекция дисфункции тромбоцитов может предупредить патологию беременности [2].

**Цель** – изучить функциональное состояние тромбоцитов у женщин с отягощённым акушерским анамнезом в динамике беременности до и после назначения аспирина.

**Материалы и методы.** Обследованы 87 женщин с невынашиванием беременности в анамнезе и 41 женщина без акушерских осложнений в анамнезе. Кровь для исследования брали 5–11 раз на сроках от 5 до 36 нед беременности. Сократительную функцию тромбоцитов оценивали по полноте контракции сгустка крови. Кроме того, изучали экспрессию маркеров активации тромбоцитов (P-селектина и активного интегрина  $\alpha\text{IIb}\beta\text{3}$ ) методом проточной цитометрии до и после активации. Пациентки основной группы с первых недель беременности получали низкомолекулярные гепарины под контролем коагуляционного гемостаза. Часть пациенток основной группы получали ацетилсалициловую кислоту в дозе 100–150 мг/сут.

**Результаты.** В I триместре беременности средняя степень контракции сгустков крови в основной группе (42%) оказалась ниже, чем в контроле (44%,  $p < 0,05$ ). Во II и III триместрах достоверных отличий степени контракции сгустков крови не выявлено. С увеличением срока беременности доля пациенток основной группы с аномально низкой степенью контракции (<41%) достоверно увеличивалась ( $p = 0,011$ ). При анализе индивидуальной динамики доля пациенток основной группы, имеющих аномально низкую степень контракции, была достоверно больше. Среди пациенток, принимавших ацетилсалициловую кислоту ( $n = 53$ ), у 32 (60%) наблюдалась нормализация контракции. Выявлена фоновая активация тромбоцитов по экспрессии P-селектина и активного интегрина  $\alpha\text{IIb}\beta\text{3}$  у женщин основной группы.

**Заключение.** Полученные результаты показывают снижение сократительной способности тромбоцитов у беременных с осложнённым акушерским анамнезом, которая сочетается с хронической активацией тромбоцитов. Ингибирование хронической активации тромбоцитов ацетилсалициловой кислотой приводит к нормализации функционального состояния тромбоцитов.

Работа выполнена при поддержке Программы стратегического академического лидерства Казанского (Приволжского) федерального университета (ПРИОРИТЕТ-2030).

## Литература

1. De Jong P.G., Goddijn M., Middeldorp S. Testing for inherited thrombophilia in recurrent miscarriage // *Semin. Reprod. Med.* – 2011. – Vol. 29. – №06. – P. 540–547.
2. Пешкова А.Д., Сафуллина С.И., Асарова Д.Г. и др. Изменения гемостаза по данным тестов тромбодинамики и контракции сгустков крови у женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе // *Акушерство и гинекология.* – 2019. – №12. – С. 111–119.

## Особенности эндометриального микробиома пациенток репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия

*Свиридова Н.И., докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии;*

*Максимов С.Н., аспирант кафедры акушерства и гинекологии; Пурышева К.А., аспирант кафедры акушерства и гинекологии. Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования Волгоградского государственного медицинского университета.*

*E-mail: n.i.sviridova@yandex.ru; моб. тел.: +7 (906) 409 0343.*

**Несмотря на многочисленные исследования, в настоящее время отсутствует единство во взглядах на пусковые патогенетические механизмы гиперпластических процессов эндометрия и предикторы их рецидивирования, что обуславливает эмпиричность лечебных мероприятий и отсутствие дифференцированного подхода в лечении, что не позволяет существенно снизить частоту данного заболевания.**

**Ключевые слова:** гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия, микробиота полости матки.

*Despite numerous studies, there is currently no unity in views on the triggering pathogenetic mechanisms of endometrial hyperplastic processes and predictors of their recurrence, which leads to the empiricism of therapeutic measures and the lack of a differentiated approach to treatment, which does not significantly reduce the frequency of this pathology.*

*Keywords: endometrial hyperplasia, endometrial polyp, uterine cavity microbiota.*

**Актуальность.** Согласно данным статистических исследований, частота выявления гиперплазии эндометрия (ГЭ) и полипов эндометрия (ПЭ) на протяжении последних 10 лет не имеет тенденции к снижению и составляет в среднем 5–6 и 25–35% соответственно [1, 2]. Современные достижения в области микробиологии изменили устоявшуюся парадигму, касающуюся стерильности компартментов органов репродуктивной системы [1, 2]. Это диктует необходимость изучения особенностей микробиома полости матки с целью выявления микроорганизмов, контаминирующих эндометрий у пациенток с ГПЭ.

**Цель исследования** — оценить состав микроорганизмов полости матки у пациенток репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия.

**Материалы и методы.** Проведено обследование 196 пациенток в возрасте от 20 до 45 лет, поступивших на гистероскопию, при выявлении ПЭ — гистерорезекцию ПЭ. Показанием к госпитализации явилось наличие эхографических признаков ГЭ или ПЭ.

Перед гистероскопией выполняли биопсию эндометрия с последующим микробиологическим исследованием полученного материала на наличие условно-патогенных микроорганизмов, патогенных микроорганизмов и вирусов методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (тесты «Фемофлор-16» и «Фемофлор-Скрин», «ДНК-технология», г. Москва).

**Результаты.** По данным морфологического исследования, гиперплазия эндометрия без атипии диагностирована у 78 (39,8%) пациенток, полипы эндометрия выявлены в 43,9% случаев, в то время как сочетание гиперплазии эндометрия

с наличием полипа эндометрия установлено у 32 (16,3%) женщин.

При молекулярно-биологическом исследовании биоптатов эндометрия нарушение микробиоценоза полости матки установлено у 131 (66,8%) пациентки. Следует отметить, что наиболее часто выявлялись лактобациллы (62,8%). Микробиом эндометрия изучаемой когорты пациенток был представлен как факультативными, так и облигатными анаэробами. При этом среди факультативных анаэробных бактерий преобладали *Staphylococcus spp.* (48,5%), микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae* (24,5%), *Streptococcus spp.* (18,4%). Среди облигатных анаэробных бактерий наиболее часто встречались *Gardnerella vaginalis* (12,2%), *Atopobium vaginae* (11,2%) и *Peptostreptococcus spp.* (8,7%). Обращает на себя внимание тот факт, что у каждой четвертой пациентки диагностировали *Mycoplasma genitalium* (24,5%) и *Chlamydia trachomatis* (23,5%). Кроме того, в составе ассоциации микроорганизмов диагностировали *Ureaplasma spp.* (19,4%), *Mycoplasma hominis* (10,2%), *Candida spp.* (8,7%). Вирус простого герпеса (1-го и 2-го типов) выявлен лишь в 5,6% случаев, в то время как ни в одном из биоптатов эндометрия цитомегаловируса не было обнаружено.

**Заключение.** Таким образом, выявленные нарушения эндометриального микробиома пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия могут явиться факторами риска развития и рецидивирующего течения пролиферативных изменений слизистой оболочки полости матки, что диктует необходимость своевременной диагностики и дифференцированного подхода к лечению с целью профилактики нарушений репродуктивной функции.

## Литература

1. Асатурова А.В., Чернуха Г.Е., Иванов И.А. и др. Клинико-морфометрические особенности полипов эндометрия и механизмы возникновения аномальных маточных кровотоков // *Акушерство и гинекология*. – 2019. – №7. – С. 64–70.
2. Леваков С.А., Шешукова Н.А., Кедрова А.Г. и др. Молекулярно-биологические профили гиперплазии эндометрия и эндометриальной интраэпителиальной неоплазии // *Опухоли женской репродуктивной системы*. – 2018. – №2. – С. 76–81.
3. Тапильская Н.И., Будилова О.В., Крысанова А.А. и др. Микробиота эндометрия женщин с хроническим эндометритом и идиопатическим бесплодием // *Акушерство и гинекология*. – 2020. – №4. – С. 72–81.

## Прогнозирование хронических воспалительных изменений в эндометрии у пациенток репродуктивного возраста

**Свиридова Н.И.**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии;

**Хасаева М.И.**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии. Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования Волгоградского государственного медицинского университета.

E-mail: n.i.sviridova@yandex.ru;  
моб. тел.: +7 (906) 4090343.

**Выявленные особенности параметров аутоиммунитета у пациенток, перенёвших послеродовой эндометрит, обосновывают возможность применения их в качестве маркёров**

**прогнозирования развития хронических воспалительных изменений в эндометрии с целью своевременной реабилитации репродуктивной функции.**

**Ключевые слова:** послеродовой эндометрит, аутоиммунитет.

*The revealed features of autoimmunity parameters in patients with postpartum endometritis substantiate the possibility of using them as markers for predicting the development of chronic inflammatory changes in the endometrium for the purpose of timely rehabilitation of reproductive function.*

*Keywords:* postpartum endometritis, autoimmunity.

**Актуальность.** Послеродовые гнойно-септические заболевания представляют собой важную медико-социальную проблему [1, 2]. Согласно литературным данным, отсутствие своевременно проведённой реабилитации после перенесённого послеродового эндометрита является одной из наиболее частых причин возникновения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, приводящих к нарушению репродуктивной функции женщины в будущем [1, 2].

В настоящее время в доступной нам мировой литературе отсутствуют исследования параметров аутоиммунитета у пациенток, перенёвших послеродовой эндометрит, а также опыт их применения в качестве биомолекулярных маркёров прогнозирования хронизации воспалительных изменений в эндометрии.

**Цель исследования** – изучить особенности параметров аутоиммунитета у женщин, перенёвших послеродовой эндометрит.

**Материалы и методы.** Проведено клинико-лабораторное обследование 76 пациенток в возрасте от 18 до 35 лет, перенёвших послеродовой эндометрит, обратившихся в клинику-диагностическую поликлинику Волгоградского областного клинического перинатального центра №2.

Критериями включения в исследование явились возраст от 18 до 35 лет; 6–8 нед после родов; срочные роды через естественные родовые пути; перенесённая лёгкая форма послеродового эндометрита; информированное добровольное согласие пациенток на выполнение необходимых диагностических мероприятий. Критерии исключения: хронические воспалительные заболевания органов малого таза; обострение хронических соматических заболеваний инфекционного генеза в послеродовом периоде; ОРВИ в послеродовом периоде; многоплодная беременность; миома матки; наружный генитальный и экстрагенитальный эндометриоз, аденомиоз; тяжёлые формы экстрагенитальных заболеваний.

Исследование параметров аутоиммунитета (среднего содержания профилей аутоантител к Fc-фрагменту, SPR-06 и коллагену) осуществлялось методом твердофазного иммуноферментного анализа. Границы физиологического уровня аутоантител к используемым антигенам находятся в диапазоне от –20 до +10% от уровня средней индивидуальной иммунореактивности; пограничные (умеренные) отклонения уровня аутоантител: от +11 до +20% и от –21 до –30%. Достоверными принято считать отклонения, которые находятся в диапазоне: более +20 и менее –30% [3]. Полученные результаты сравнивались с уровнем профилей аутоантител у 30 здоровых женщин репродуктивного возраста, которые составили контрольную группу.

**Результаты.** В ходе исследования установлено достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение уровня профилей аутоантител к Fc-фрагменту ( $23,91 \pm 2,44\%$ ), являющемуся маркёром воспалительных процессов в организме, в сравнении с пациентками



# spnavigator

## Мобильное приложение для врачей



**528** документов

База знаний:  
клинические рекомендации,  
нормативные документы,  
инфографики, памятки  
для врачей и пациентов



**342** документа

Статьи из журналов  
StatusPraesens – свежие  
и ретроспективные



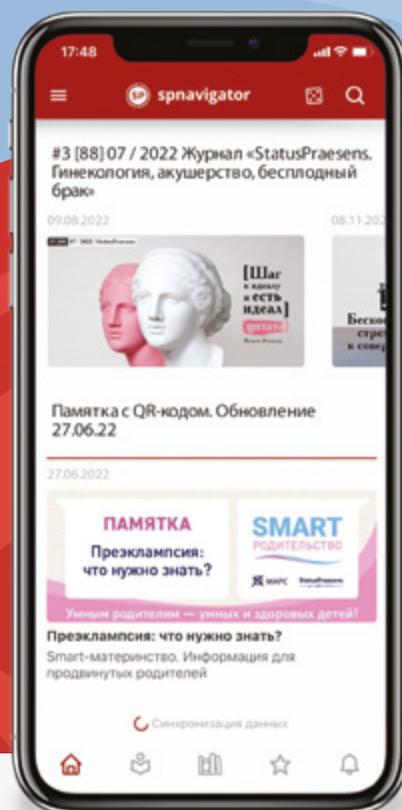
**219** видеодокладов

Видеозаписи топовых  
докладов с мероприятий  
StatusPraesens



**115** инфошотов

Инфошоты – новости  
сообщества, информация  
о мероприятиях  
и специальных  
предложениях



Нажмите для установки

Данные на август 2022 года

группы контроля, а также статистически значимое ( $p < 0,05$ ) повышение среднего содержания уровня аутоантител к SPR-06 ( $22,15 \pm 2,08\%$ ), который свидетельствует о наличии хронических воспалительных процессов в органах малого таза. Кроме того, выявлено достоверное повышение среднего содержания профилей аутоантител к коллагену ( $28,06 \pm 2,12\%$ ), являющемуся маркером рубцово-спаечных процессов, что, возможно, служит одним из пусковых механизмов хронизации воспалительных изменений в эндометрии.

**Заключение.** Таким образом, выявленные особенности параметров аутоиммунитета у пациенток репродуктивного возраста, перенёвших послеродовой эндометрит, обосновывают возможность применения их в качестве маркёров прогнозирования развития хронических воспалительных изменений в эндометрии с целью своевременной реабилитации репродуктивной функции.

### Литература

1. Савельева Г.М. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1080 с.
2. Септические осложнения в акушерстве: Клинические рекомендации (протокол лечения). – М., 2017. – 60 с.
3. Полетаев А.Б. Физиологическая иммунология (естественные аутоантитела и проблемы наномедицины). – М.: Миклош, 2015. – 219 с.

## Профилактика лактационного мастита: новое или хорошо забытое старое?

**Семичковский Л.А., хирург-онколог-маммолог**

маммологического кабинета с ультразвуковой диагностикой  
отдела женского здоровья.

Республиканский клинический медицинский центр Управления  
делами Президента Республики Беларусь, г. Минск, Беларусь.  
E-mail: semichkovski@yandex.ru; моб. тел.: +375 (2969) 60110.

**Лактостаз является первым патогенетическим звеном развития лактационного мастита, встречается более чем у 10% женщин в послеродовом периоде, требуя включения методики ручного сцеживания в программы предродовой подготовки.**

**Ключевые слова:** лактостаз, лактационный мастит, профилактика.

*Lactostasis is the first pathogenetic link in the development of lactation mastitis and occurs in more than 10% of women in the postpartum period, requiring the inclusion of manual squeezing techniques in prenatal preparation programs.*

*Keywords: lactostasis, lactation mastitis, prevention.*

**Актуальность.** По данным метаанализов, частота встречаемости лактационного (послеродового) мастита (ЛМ) варьирует в пределах 2–33%, в среднем составляя около 10% [1]. В масштабах любого государства это довольно большая цифра, означающая, что проявления лактостаза определённой степени выраженности наблюдаются у каждой десятой женщины в послеродовом периоде.

**Цель исследования** – повышение роли активной предродовой подготовки, способствующей снижению частоты проявлений лактостаза и ЛМ.

**Обсуждение проблемы.** Доминирующим микробным агентом при ЛМ является золотистый стафилококк. Более чем

в 85% биологических проб микрофлоры высевается монокультура золотистого стафилококка, в ряде случаев метициллинрезистентного (MRSA). В 15% определяются микробные ассоциации золотистого стафилококка с протеем, клебсиеллой, кишечной палочкой, энтерококками, эпидермальным стафилококком и бета-гемолитическим стрептококком. Патогенные микроорганизмы высеваются из молока как больной, так и здоровой молочной железы (МЖ). В эпидемиологии ЛМ основная роль бактерионосителя отводится новорождённому. При обследовании пар «мать – ребёнок» выявлено, что на 7-й день жизни патогенные штаммы стафилококка в микрофлоре носоглотки выявляются более чем у 90% новорождённых [2]. Гораздо реже контаминация возбудителя ЛМ происходит по типу нозокомиальной инфекции. При определении чувствительности возбудителей ЛМ к антибактериальным препаратам выяснено, что порядка 90% из них высокочувствительны к полусинтетическим пенициллинам, линкомицину и аминогликозидам. При этом патогенные микроорганизмы оказываются малочувствительными к сульфаниламидам, макролидам и тетрациклинам. Штаммы протея и других грамотрицательных бактерий зачастую устойчивы к большинству антибиотиков, кроме карбенициллина и гентамицина. В настоящее время препаратами выбора для антибактериальной терапии ЛМ являются полусинтетические производные клавулановой кислоты. В качестве альтернативы рассматриваются гентамицин и линкозамин. ЛМ в 85% случаев развивается в сроки 2–4 нед после родов. Характерной особенностью ЛМ является стремительная динамика проявления воспалительного процесса. При отсутствии надлежащих лечебных мероприятий от появления начальных признаков лактостаза до вскрытия и дренирования абсцедирующей полости может пройти не более 72 ч [1–3]. В патогенезе развития ЛМ первым звеном является лактостаз, который расценивается как дисфункциональное состояние (код O92 [МКБ-10]). Начальные явления лактостаза необходимо купировать путём активного опорожнения молочных протоков (ручное сцеживание). При опросе пациенток, постоянно проживающих в Республике Беларусь, с клиническими признаками лактостаза нами выявлено, что приёмам ручного сцеживания в процессе проведения предродовой подготовки акушерами-гинекологами обучается менее 10% респонденток! Чаще всего медицинский персонал не уделяет этому вопросу должного внимания, уповая на возможность использования молокоотсоса. Известно, что МЖ состоит из альвеолярных продуцирующих долек и протоков, проводящих секреторные вещества (молозиво, молоко). Дольковые структуры топографически расположены радиально по периферии МЖ. Большая часть из них находится в наружных квадрантах (проекция «железистого треугольника»). Древовидная структура протоков подразделяется на три порядка по мере их слияния в околососковые млечные синусы. Рутинно рекомендуемый акушерами-гинекологами молокоотсос способен помочь эвакуации молока из млечных синусов, однако вывести застойный молочный секрет из альвеолярно-дольковых структур он не в состоянии.

**Методика.** Ручное сцеживание необходимо начинать с периферических отделов МЖ по радиусам в центростремительном направлении. Определению периферических границ тканей МЖ помогает самовизуализация под кожей «пятна» МЖ. Начиная с периферических отделов, поглаживающими интенсивными движениями ладони противоположной руки производят сдаивающие движения в центральном направлении. В средних отделах МЖ подключают вторую ладонь и большие пальцы. И лишь при смещении масс молока ближе к сосково-ареолярному комплексу приступают непосредственно

к процедуре сцеживания. К концу 1-х суток лактостаза самостоятельное ручное сцеживание становится болезненным и требует участия помощника. Лицо, осуществляющее ручное сцеживание по вышеописанной методике, стоит позади родильницы, сидящей на стуле. Назначение нестероидных противовоспалительных средств, лимфотоников и трансдермальных гестагенов способно уменьшить интенсивность болевого синдрома при проведении процедуры. На 2-е сутки некупируемого лактостаза обязательным является назначение антибактериальной терапии без (при сохранении грудного вскармливания здоровой железой) или с одновременным фармакологическим торможением лактопоэза с приостановкой грудного вскармливания. Отмечено, что временное обратимое подавление активности лактопоэза агонистами дофаминовых рецепторов приводит к повышению эффективности антибактериальной терапии. В программу комплексного лечения ЛМ также возможно включение физиотерапевтических процедур (ультразвуковые ванны). Отсутствие своевременной комбинации противовоспалительной и антибактериальной терапии приводит к нарастанию венозного застоя, интерстициального отёка МЖ, смыканию патогенетического порочного круга, гнойной инфильтрации тканей МЖ, абсцедированию с формированием тканевых секвестров. В этом случае конечной инстанцией пациентки является отделение гнойной хирургии, где производится вскрытие и дренирование полости абсцесса (код О91 [МКБ-10]).

**Заключение.** Первичная профилактика лактостаза заключается в соблюдении нескольких правил: раннего прикладывания ребёнка к груди; грудного вскармливания «по требованию»; одновременного использования при вскармливании обеих молочных желез; ранней выписки родильницы; туалета кожи МЖ; использования кормящей женщиной пробиотиков. Медицинским работникам настоятельно рекомендуется включать аспекты методики ручного сцеживания в программы предродовой подготовки.

## Литература

1. *Мастит: причины и ведение (guideline)*. – Женева: ВОЗ, 2000. – 55 с.
2. Spencer J.P. Management of mastitis in breast feeding women // *Am. Fam. Physician*. – 2008. – Vol. 78. – №6. – P.727-731.
3. Pustotina O. Management of mastitis and breast engorgement in breast feeding women // *J. Matern Fetal Neonatal. Med.* – 2016. – Vol. 29. – №19. – P.3121-3125.

## Актуальность сочетанного физиотерапевтического подхода в лечении вульвовагинальной атрофии и дисфункции тазового дна

**Силантьева Е.С.,** докт. мед. наук, зам. главного врача по реабилитации, врач акушер-гинеколог, физиотерапевт;

**Астафьева Е.К.,** врач акушер-гинеколог.

Клинический госпиталь «Лапино» ГК «Мать и дитя»,  
Московская область.

E-mail: dr\_astafeva@mail.ru; моб. тел.: +7 (926) 7073345.

Проводилось исследование сравнительной эффективности применения монополярной радиочастотной терапии в сочетании с высокоинтенсивным фокусированным электромагнитным полем относительно монотерапии радиочастотным

фактором в отношении женщин с вульвовагинальной атрофией и дисфункцией тазового дна, проявлявшей себя недостаточностью мышечного компонента. Доказана преобладающая эффективность комбинированного подхода. Для оценки эффективности терапии использовались данные опросников (FSFI, PFDI-20), индекс созревания эпителия влагалища.

**Ключевые слова:** вульвовагинальная атрофия, недостаточность мышц тазового дна, монополярная радиочастотная терапия, высокоинтенсивное фокусированное электромагнитное поле.

*The comparative efficacy of therapy by monopolar radiofrequency therapy combined with a high-intensity focused electromagnetic field versus radiofrequency monotherapy was studied in women with vulvo-vaginal atrophy and pelvic floor dysfunction manifested by pelvic muscle wasting. The prevailing efficacy of the combined approach was proved. The following questionnaires (FSFI, PFDI-20), vaginal maturation index were used to assess the efficacy of therapy.*

**Keywords:** vulvo-vaginal atrophy, pelvic muscle wasting, monopolar radiofrequency, high-intensity focused electromagnetic field.

**Актуальность.** Вульвовагинальная атрофия (ВВА) характеризуется рядом жалоб, являющихся следствием истончения слизистой ткани влагалища, чаще всего обусловленного дефицитом эстрогена [1]. Порядка 15% женщин до наступления менопаузы сообщают о тех или иных жалобах, вызванных ВВА [2]. Применение аппаратных физиотерапевтических методик (лазерные и радиочастотные технологии) активизирует синтез коллагена и эластина, способствуя восстановлению функции слизистой ткани влагалища и компенсации сексуальной дисфункции [3]. Статистически распространённость НМТД варьируется от 12 до 42% [4]. НМТД является предиктором пролапса органов малого таза, что обуславливает необходимость своевременной диагностики и лечения. Доказано, что тренировка мышц тазового дна значительно снижает степень выраженности жалоб, улучшает качество интимной жизни [5].

**Цель исследования** – провести сравнительный анализ эффективности моно- и сочетанной терапии в отношении пациентов с ВВА и НМТД.

**Материалы и методы.** В отделении эстетической медицины и реабилитации клинического госпиталя «Лапино» за 2020–2021 гг. за счёт критериев включения и исключения выбрано 115 женщин репродуктивного возраста с диагнозами ВВА и НМТД. Группа I (n=65) получала сочетанную терапию монополярной радиочастотной терапией на слизистую ткань влагалища и высокоинтенсивную фокусированную электромагнитную терапию для мышц тазового дна (ВИФЭМ-терапия). Группа II (n=50) – курс ВИФЭМ-терапии.

**Результаты.** Результаты опросника PFDI-20 были сопоставимы в группе I (до лечения 58,93±28,16, после 27,41±26,73, через 3 мес 15,31±12,16) и группе II (до лечения 58,03±32,14, после 27,30±26,95, через 3 мес 16,15±17,31), что связано с выполнением ВИФЭМ-терапии в обеих группах (p<0,05). По данным FSFI большая положительная динамика отмечалась у группы I относительно группы II. Показатели группы I до начала лечения 15,21±6,31, сразу после 24,73±6,15 и через 3 мес 34,67±1,3. Показатели группы II до начала лечения 14,87±4,2, сразу после 21,43±6,27 и через 3 мес 23,13±4,68 (p<0,05). ИСЭВ у группы I увеличился на 23,2%, у группы II – на 7,1%.

**Заключение.** Комбинированный физиотерапевтический подход показал наибольшую эффективность для пациентов с такими нозологиями, как ВВА и НМТД, значительно влияющими на качество жизни и широко распространёнными в популяции.

## Литература

1. Flores S.A., Hall C.A. Atrophic Vaginitis. 2020 Nov 13 // StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. – 2021, Jan. [PMID: 33232011]
2. Bleibel B., Nguyen H. Vaginal Atrophy. [Updated 2021 Feb 2] // StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. – 2021, Jan.
3. Qureshi A.A., Tenenbaum M.M., Myckatyn T.M. Nonsurgical Vulvovaginal Rejuvenation With Radiofrequency and Laser Devices: A Literature Review and Comprehensive Update for Aesthetic Surgeons // Aesthet. Surg. J. – 2018. – Feb 15. – Vol. 38. – №3. – P. 302–311.
4. Chen C.C.G., Cox J.T., Yuan C. et al. Knowledge of pelvic floor disorders in women seeking primary care: a cross-sectional study // BMC Fam Pract 20. – 2019. – Vol. 70.
5. Ren S. et al. The Effect of Pelvic Floor Muscle Training on Pelvic Floor Dysfunction in Pregnant and Postpartum Women // Physical Activity and Health. – 2020. – Vol. 4. – №1. – P. 130–141.

## Недостаточность мышц тазового дна — органическая причина формирования сексуальной дисфункции

**Силантьева Е.С.**, докт. мед. наук, зам. главного врача по реабилитации;

**Солдатская Р.А.**, канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог.  
Клинический госпиталь «Лапино» ГК «Мать и дитя».  
E-mail: doctor\_ras@rambler.ru; моб. тел.: +7 (915) 1000422.

**Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между недостаточностью мышц тазового дна (НМТД) и сексуальной дисфункцией. Определена структура сексуальной дисфункции у пациенток, страдающих НМТД.**

**Ключевые слова:** сексуальная дисфункция, недостаточность мышц тазового дна, пролапс гениталий.

*A direct correlation was found between pelvic floor muscle dysfunction (PFD) and sexual dysfunction. The structure of sexual dysfunction in patients suffering from PFD was determined.*

*Key words: sexual dysfunction, pelvic floor muscle dysfunction, genital prolapse, urinary incontinence.*

**Актуальность.** К сожалению, значение НМТД в сексуальной жизни партнёров в литературе изучено недостаточно. Проблемы в сексуальной сфере после родов приводят к снижению либидо, гипо/аноргазмии, что в значительной мере влияет на взаимоотношения супругов и может привести к социальной дезадаптации [1]. Треть женщин после самостоятельных родов и каждая четвертая женщина после абдоминальных родов возобновляют половую жизнь спустя месяц после родоразрешения [2]. При этом после родов ещё в течение одного года женщины испытывают эмоциональное и физическое напряжение. Таким образом, НМТД и её симптомы становятся причиной сексуальной дисфункции и дисгармонии в семье [3].

**Цель исследования** — доказать взаимосвязь между сексуальной дисфункцией и слабостью мускулатуры тазового дна, определить структуру сексуальной дисфункции у пациенток, страдающих НМТД.

**Материалы и методы.** В соответствии с критериями включения и исключения были обследованы 98 (n=98) женщин, страдающих НМТД (N81.8) и сексуальной дисфункцией. Группу контроля составили 37 женщин (n=37), перенёсших естественные роды и не имеющих симптомов НМТД и сексуальной дисфункции. Все пациентки проходили клиничко-

anamnestическое, инструментальное обследование, клиничко-сексологическое тестирование.

**Результаты.** Сексуальная дисфункция верифицирована посредством анкет FSFI и PISQ-12. При сравнении показателей сексуальной функции у пациенток изучаемой когорты с пациентками контрольной группы была выявлена статистически значимая разница по результатам опросника FSFI на 9,09 балла (23,66±6,47 против 32,75±1,41) и опросника PISQ-12 на 9,39 балла (35,88±5,98 против 45,27±1,98), что свидетельствует о нарушении сексуальной функции женщин при наличии недостаточности мышц тазового дна. Анализ результатов клиничко-сексологического тестирования показал, что в структуре сексуальной дисфункции у пациенток изучаемой когорты преобладают расстройства неорганического происхождения: снижение половой чувствительности (58,16%), гипо/аноргазмия (45,92%) и нарушение полового влечения (40,82%), снижение лубрикации (34,69%) и диспареуния (24,49%).

Исходя из данных трансперинеальной сонографии, при НМТД наблюдается статистически значимое увеличение в покое, при натуживании и сокращении — уретерovesикального угла, размеров и площади леваторного отверстия (ЛО) — в сравнении с пациентками группы контроля (p<0,05). В ходе исследования установлена прямая корреляционная взаимосвязь между снижением половой чувствительности и поперечным размером ЛО (r=0,78), а также площадью ЛО (r=0,67).

**Заключение.** Недостаточность мышц тазового дна является одной из причин развития сексуальной дисфункции.

## Литература

1. Masters W.H., Johnson V.E. Human sexual response. — Boston: Little and Brown, 1966. — P. 69–85.
2. Cyr M.-P., Kruger J., Wong V. Pelvic floor morphometry and function in women with and without puborectalis avulsion in the early postpartum period // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2016. — Vol. 216. — №3. — P. 274.e1–274.e8.
3. Суханов А.А., Дикке Г.Б., Кукарская И.И. Влияние методов консервативного лечения на сексуальную составляющую дисфункции тазового дна у женщин после родов // Фарматека. — 2019. — №26 (6). — С. 14–19.

## Безопасность применения высокоинтенсивной фокусированной электромагнитной стимуляции в терапии недостаточности мышц тазового дна

**Солдатская Р.А.**, канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог;  
**Силантьева Е.С.**, докт. мед. наук, зам. главного врача по реабилитации.

Клинический госпиталь «Лапино» ГК «Мать и дитя».  
E-mail: doctor\_ras@rambler.ru; моб. тел.: +7 (915) 1000422.

**Доказана безопасность применения метода высокоинтенсивной фокусированной электромагнитной стимуляции в терапии недостаточности мышц тазового дна.**

**Ключевые слова:** высокоинтенсивная фокусированная электромагнитная стимуляция, электростимуляция, пролапс гениталий, недержание мочи.

*The safety of using the method of high-intensity focused electromagnetic therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction has been proven.*

*Key words: high-intensity focused electromagnetic therapy, electrical stimulation, genital prolapse, urinary incontinence.*

**Актуальность.** Недостаточность мышц тазового дна (НМТД) – мультифакторное патологическое состояние, проявляющееся недержанием мочи (НМ), анальной инконтиненцией, диспареунией и сексуальной дисфункцией [1]. В мире данным заболеванием страдают от 2,9 до 53% женского населения [2]. НМТД требует своевременного консервативного лечения с целью профилактики манифестирования пролапса гениталий. Основой консервативной терапии служит тренировка мышц тазового дна (ТМТД) [3]: самостоятельная, посредством биологической обратной связи, и индуцированная, посредством физических факторов. Безопасность новых физиотерапевтических методов ещё не изучена, в связи с чем необходимы дальнейшие исследования прикладного характера.

**Цель исследования** – оценить безопасность высокоинтенсивной фокусированной электромагнитной стимуляции (HIFEM-терапия) при лечении НМТД.

**Материалы и методы.** В соответствии с критериями включения и исключения были обследованы 98 (n=98) женщин, страдающих НМТД (N81.8).

Основная группа (n=50) проходила HIFEM-терапию, группа сравнения (n=48) получала терапию методом полостной электростимуляции мышц тазового дна. Контрольная группа – 37 женщин (n=37), перенёвших естественные роды и не имеющих симптомов НМТД. Все пациентки проходили клинико-анамнестическое, инструментальное обследование, вербально-коммуникативный анализ. С целью оценки безопасности терапии было изучено течение сопутствующих гинекологических заболеваний, в частности миомы матки и генитального эндометриоза, в динамике лечения.

**Результаты.** Генитальный эндометриоз (N80) выявлен у 21,43% исследованных, миома матки (D25) – у 20,4%. Расположение и размеры миоматозных узлов у пациенток основной группы: интерстициальные (15×8, 29×25, 16×12, 10×8, 8×7 мм); субсерозные (23×12, 27×22, 14×7, 11×10 мм), интерстициально-субсерозные (21×19, 12×9, 14×13 мм). Размеры эндометриом у пациенток основной группы варьировали от 10 до 27 мм. Группа, проходившая HIFEM-терапию, продемонстрировала статистически значимо лучшие результаты терапии НМТД в сравнении с группой, получавшей полостную электромиостимуляцию. В ходе HIFEM-терапии, согласно дисперсионному анализу повторных измерений по Фридману посредством УЗИ органов малого таза, не было выявлено динамики увеличения миоматозных узлов (ANOVA Chi Sq. [N=6, df=3] = 1.000000 p=.80125), субсерозных (ANOVA Chi Sq. [N=6, df=3] = 2.000000 p=.57241) и интерстициально-субсерозных миоматозных узлов (ANOVA Chi Sq. [N=6, df=3] = 4.500000 p=.21229) после терапии, через 3 и 6 мес. Также не было выявлено увеличения объёма эндометриоидных кист (ANOVA Chi Sq. [N=10, df=3] = 5.400000 p=.14475) после терапии, а также в динамике через 3 и 6 мес. Вышесказанное свидетельствует о безопасности технологии HIFEM.

**Заключение.** Консервативная терапия на раннем этапе развития НМТД позволяет улучшить качество жизни женщин, а также предупредить развитие пролапса гениталий. В терапии НМТД высокоинтенсивная фокусированная электромагнитная терапия показала выраженную эффективность. Особого внимания заслуживает безопасность использования данной технологии при наличии пролиферативных заболеваний женской репродуктивной системы, о чём свидетельствуют приведённые выше данные.

## Литература

1. Апресян С.В., Димитрова В.И., Слюсарева О.А. Профилактика развития эстрогензависимых осложнений в предоперационной подготовке женщин

с пролапсом гениталий, стрессовым недержанием мочи // Медицинский совет. – 2016. – №2. – С. 96–99.

2. Hallock J.L., Handa V.L. The epidemiology of pelvic floor disorders and childbirth: an update // *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* – 2016. – Vol. 43. – №1. – P. 1–13.

3. Радзинский В.Е., Оразов М.Р., Токтар Л.Р. и др. Перинеология. Эстетическая гинекология / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: Редакция журнала *StatusPraesens*, 2020. – 416 с.

## Управляемая внутриматочная баллонная тампонада при массивных акушерских кровотечениях

<sup>1,2</sup>Студёнов Г.В., зав. родовым отделением;

<sup>1,2,3</sup>Сенникова Ж.В., врач акушер-гинеколог родового отделения, канд. мед. наук, ст. преподаватель кафедры акушерства и гинекологии;

<sup>1,2,3</sup>Воронцова Н.А., врач акушер-гинеколог родового отделения, ассистент кафедры акушерства и гинекологии;

<sup>1,2</sup>Уварова Е.Е., врач акушер-гинеколог родового отделения.

<sup>1</sup>Областной перинатальный центр;

<sup>2</sup>Оренбургская областная клиническая больница №2;

<sup>3</sup>Оренбургский государственный медицинский университет.

E-mail: studenov@nbox.ru;

моб. тел.: +7 (912) 340 5914.

**При массивном акушерском кровотечении тампонада внутриматочным баллоном как способ его остановки оказывается эффективным в 90% случаев. Поэтому целесообразно применение внутриматочного баллона как метода остановки кровотечения или как временной меры, снижающей скорость кровопотери и дающей время для проведения инфузионно-трансфузионной терапии или подготовки к оперативному вмешательству.**

**Ключевые слова:** роды, кровотечение, лечение.

*With massive obstetric bleeding, tamponade with an intrauterine balloon as a way to stop it is effective in 90% of cases. Therefore, the use of an intrauterine balloon as a method of stopping bleeding or as a temporary measure that reduces the rate of blood loss and gives time for infusion-transfusion therapy or preparation for surgery.*

*Keywords:* childbirth, bleeding, treatment.

**Актуальность.** Острая массивная кровопотеря в мировом акушерстве является одной из ведущих причин материнской смертности [1, 2]. Переплетение старых и новых проблем может снижать эффективность консервативного менеджмента пациенток данной группы, что зачастую требует применения тщательно выверенной превентивной хирургической методы с целью не только ограничения объёма кровопотери, но и сохранения жизни женщины, а также её репродуктивного потенциала [3, 4].

**Цель исследования** – оценить эффективность применения управляемой внутриматочной баллонной тампонады для остановки раннего послеродового гипотонического кровотечения.

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ 14 историй родов, проведённых на базе областного перинатального центра г. Оренбурга ООКБ №2, осложнившихся массивным кровотечением, за 2020–2021 гг. За массивную кровопотерю была взята кровопотеря  $\geq 1000$  мл при самостоятельных вагинальных родах.

**Результаты.** В 2020–2021 гг. зафиксировано 53 случая массивной кровопотери, что составило 0,47% от общего числа родов. Баллонная тампонада была использована у 14 пациенток, что составило 26,42%. Объём кровопотери составил от 1100 до 2500 мл. Паритет родов: 43% первородящие и 57% повторнородящие (из них 75% многорожавшие). Преждевременные роды были в 14%, срочные роды составили 86%. Вес новорождённых: до 3000 г – 21%, до 4000 г – 43%, более 4000 г – 14%. Причины массивной кровопотери: 71% – раннее послеродовое гипотоническое кровотечение, 21% – плотное прикрепление плаценты и 7% – дефект плаценты, осложнившийся во время ручного обследования гипотонией матки. Профилактика кровотечения в 100% случаев проводилась в/в капельным способом введения окситоцина от 5 до 10 ЕД. Лечение проводилось в несколько этапов: ручное обследование полости матки в 100%, бимануальная компрессия матки во время операции ручного обследования матки в 100%, далее баллонная тампонада одновременно с медикаментозной терапией. Баллонная тампонада была эффективна у 12 рожениц (86%), у двух (14%) применялся хирургический метод остановки кровотечения – лапаротомия, перевязка маточных сосудов, компрессионные швы на матку в модификации В-Лупш. После проведенного лечения 10 рожениц (71%) были переведены в акушерское отделение, четыре (29%) – в отделение реанимации и интенсивной терапии. Все роженицы были выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 3–7-е сутки.

**Заключение.** Управляемая внутриматочная баллонная тампонада является эффективным методом остановки кровотечения.

## Литература

1. Ветров В.В. и др. Проблема аутогемодонорства в современном акушерстве // Вестник российской военно-медицинской академии. – 2012. – №4. – С. 279–283.
2. Гусева Е.М. Кровотечения в акушерском стационаре высокой группы риска // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. – 2018. – Т. 5. – №1. – С. 37–40.
3. Момот А.П. и др. Массивные акушерские кровотечения: от гистерэктомии к фармакотерапии // Клиническая фармакология и фармакотерапия. – 2012. – Т. 11. – №2. – С. 1–7.
4. Фёдорова Т.А. и др. Менеджмент крови пациентки в акушерской практике при вращении плаценты // Медицинский совет. – 2019. – №7. – С. 134–141.

## Особенности COVID-19 у беременных

**Сурвилло Е.В.**, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии;

**Белова П.С.**, студентка;

**Лягушкина Г.Н.**, аспирантка;

**Малых Н.Е.**, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии;

**Лохмачева Е.А.**, канд. мед. наук, ст. преподаватель кафедры акушерства и гинекологии.

Тульский государственный университет.

E-mail: kaf-aig@yandex.ru; моб. тел.: +7 (910) 945 3220.

**Установлено, что чаще заболевание выявлялось в III триместре беременности (62,3%). Среди симптомов преобладали повышение температуры, общая слабость и заложенность**

**носа. Полученные результаты подтверждают необходимость вакцинации.**

**Ключевые слова:** беременность, COVID-19, коронавирусная инфекция.

*It was found that the disease was more often detected in the third trimester of pregnancy (62,3%). Among the symptoms, fever, general weakness and nasal congestion prevailed. The results obtained confirm the need for vaccination.*

*Keywords: pregnancy, COVID-19, coronavirus infection.*

**Актуальность.** Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) продолжает сохранять лидирующие позиции по числу заболевших среди острых респираторных заболеваний. Известно, что вирусные инфекции связаны с неблагоприятным течением беременности [1, 2].

**Цель исследования** – оценить особенности течения COVID-19 у беременных.

**Материалы и методы.** Был проведён ретроспективный анализ 371 истории болезни пациенток, проходивших стационарное лечение в родильном отделении с инфекционными койками для беременных, родильниц и рожениц с COVID-19 в период с 16 октября 2020 г. по 22 октября 2021 г. Диагностические и лечебные мероприятия осуществлялись в соответствии с временными методическими рекомендациями Минздрава РФ, актуализированными на момент проводимого лечения [3]. Всем пациенткам диагноз COVID-19 подтверждён обнаружением РНК SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции. Также проводилось обследование всех новорождённых на предмет заражения COVID-19.

**Результаты.** Средний возраст обследованных беременных – 29±3,4 года. Место жительства: 257 (71,2%) – город, 104 (28,8%) – село. Распределение по срокам беременности: I триместр – 46 (12,7%), II триместр – 90 (24,9%), III триместр – 225 (62,3%). Состояние всех обследованных расценивалось как среднетяжёлое. Выявлялись следующие симптомы COVID-19: повышение температуры – в 275 (77%) наблюдениях, общая слабость и заложенность носа – в 275 (76%), сухой кашель в 171 (47%), аносмия в 118 (33%) и другие. Течение беременности осложнилось: пневмонией у 201 (55,7%), дыхательной недостаточностью – у 75 (20,8%). Обращает на себя внимание высокая частота ожирения (98; 27,2%) и хронического пиелонефрита (75; 20,8%) среди заболевших беременных. Среди осложнённой беременности наиболее часто диагностировали железодефицитную анемию у 158 (43,8%), гестационный сахарный диабет – у 44 (12,2%), отёки беременных – у 24 (6,7%) [4].

За время наблюдений репродуктивные потери отмечались у 18 пациенток: у 13 (3,6%) – самопроизвольный аборт, у пяти (1,4%) – несостоявшийся аборт. На фоне заболевания родоразрешено 119 (33,0%). Через естественные родовые пути – 75 (6,7%), из них при срочных родах – 68 (63,6%), преждевременных – семь (58%); путём операции кесарева сечения – 44 (4,6%): в срок – 39 (36,4%), преждевременно – пять (42%).

Не зарегистрировано ни одного случая вертикальной передачи инфекции от матери к плоду за период наблюдения. Средняя продолжительность лечения беременных в стационаре составила 8,7 дня.

**Заключение.** В связи с высокой вероятностью инфицирования SARS-CoV-2 во время беременности рекомендуется вакцинация от COVID-19 на этапе прегравидарной подготовки и во время беременности в соответствии с клиническими рекомендациями.

## Литература

1. Белокриницкая Т.Е., Артымук Н.В., Филиппов О.С. и др. Клиническое течение, материнские и перинатальные исходы новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных Сибири и Дальнего Востока // *Акушерство и гинекология*. – 2021. – №2. – С. 48–54. – URL: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2021.2.48-54>
2. Волков В.Г. Перинатальная смертность среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. – 2017. – Т. 9. – №3. – С. 98–102.
3. Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым при новой коронавирусной инфекции COVID-19: Методические рекомендации / Минздрав РФ. Версия 5. 28 декабря 2021 г.
4. Радзинский В.Е., Соловьёва А.В., Федотов Н.Г. Анемизирующий синдром у современных женщин – нерешённая мировая проблема. Врачебная тактика // *Доктор.Ру*. – 2020. – Т. 19. – С. 20–24.

## Осложнения беременности, родов и состояние новорождённых при инфекциях мочевых путей

**Сухорукова А.О.**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики.

Руководитель: **Степанькова Е.А.**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики.

Смоленский государственный медицинский университет.

E-mail: [anastasiasukhoruckova@yandex.ru](mailto:anastasiasukhoruckova@yandex.ru);

моб. тел.: +7 (910) 2371376.

**Исследование показало, что существует определённый риск негативного влияния инфекций мочевыводящих путей на течение беременности, родов, а также на состояние новорождённых.**

**Ключевые слова:** беременность, инфекции мочевыводящих путей, бессимптомная бактериурия, пиелонефрит, осложнения.

*The study showed that there is a certain risk of negative impact of urinary tract infections on the course of pregnancy, childbirth, as well as the condition of newborns.*

*Keywords: pregnancy, urinary tract infections, asymptomatic bacteriuria, pyelonephritis, complications.*

**Актуальность.** На сегодняшний день актуальность исследований в области профилактики и лечения соматической патологии у беременных не уменьшается, эти разделы акушерства по-прежнему остаются сложной диагностической и лечебной проблемой, при этом значительный удельный вес имеет патология почек. При беременности и в родах у пациенток с инфекциями мочевыводящих путей (ИМП) может развиваться ряд осложнений, например анемия, самопроизвольный выкидыш, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, преждевременные роды, послеродовые гнойно-септические осложнения. ИМП оказывают неблагоприятное воздействие и на плод, вызывая внутриутробную гипоксию, задержку внутриутробного развития, внутриутробное инфицирование [1].

**Цель исследования** – выявление особенностей течения беременности, родов и оценка перинатальных исходов при инфекциях мочевых путей.

**Материалы и методы.** В исследовании принимало участие 66 женщин, у которых в скрининговые сроки были обнаружены бессимптомная бактериурия, пиелонефрит или же были лабораторные признаки мочевого синдрома на фоне наличия в анамнезе ИМП. Статистическая обработка данных проводилась в программе Excel. Использовалась описательная статистика; для признаков, измеренных в номинальной шкале, – относительные частоты (проценты).

**Результаты.** Что касается осложнений гестации у пациенток с ИМП, то было выявлено, что лидирующими осложнениями были неспецифическое воспаление слизистой оболочки влагалища (42,7%), анемия лёгкой степени (29%), угроза преждевременных родов (24%). Многоводие как один из предполагаемых маркёров внутриутробной инфекции выявлено у 2% обследуемых. Беременность закончилась естественными своевременными родами в 71,2% случаев, самостоятельными преждевременными родами – в 4,5%, своевременными оперативными родами – в 22,7%, преждевременными оперативными родами – в 1,5%. При анализе осложнений родов отмечалось, что у 43,9% рожениц было преждевременное излитие околоплодных вод, у 30,3% была произведена эпизиотомия, у 13,6% был выявлен родовой материнский травматизм, у 9% – аномалии родовой деятельности, у 3% была преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Проведена оценка состояния новорождённых, было выявлено, что большинство детей (72%) родились без патологических проявлений и были оценены по шкале Апгар в 8–10 баллов; в 16,6% случаев была выявлена внутриутробная гипоксия плода, в 3% – внутриутробное инфицирование, в 1,5% – асфиксия новорождённого, в 1,5% – внутриутробный порок развития, в 3% случаев была выявлена антенатальная гибель плода.

**Заключение.** Беременность и роды у пациенток с ИМП довольно часто осложняются воспалением слизистой оболочки влагалища, угрозой преждевременных родов, анемией лёгкой степени, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, аномалиями родовой деятельности и материнским травматизмом. Новорождённые у матерей с ИМП чаще страдали внутриутробной гипоксией, внутриутробным инфицированием. Своевременная диагностика и лечение сопутствующей экстрагенитальной патологии со стороны мочевыделительной системы будут способствовать профилактике вышесказанных осложнений.

## Литература

1. Архипов Е.В. *Инфекции мочевых путей у беременных: современные рекомендации по диагностике и лечению* // *Вестник современной клинической медицины*. – 2016. – №9 (6). – С. 10–19.

## Медико-социальная характеристика женщин репродуктивного возраста

**Сычёва А.Л.**, врач университетской многопрофильной клиники;

**Хойрыш А.В.**, врач университетской многопрофильной клиники;

**Небылицына Е.О.**, студентка 5-го курса педиатрического факультета.

Руководители: **Карпова И.А.**, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии; **Глушков В.С.**, канд. мед. наук, доц. кафедры биологической химии.

Тюменский государственный медицинский университет.  
E-mail: Lizational13@gmail.com; моб. тел.: +7 (982) 198 6318.

**Изучена медико-социальная характеристика женщин репродуктивного возраста 18–34 лет. Выявлено наличие высокой частоты гинекологической (54,9%) и экстрагенитальной патологии (67,1%) у женщин репродуктивного возраста. Из заболеваний репродуктивной системы чаще других встречались воспалительные заболевания, эндометриоз и СПКЯ.**

**Ключевые слова:** медико-социальный портрет женщин репродуктивного возраста.

*Obstetricians and gynecologists pay close attention to women's reproductive health, since the birth rate and the health of the future generation depend on it. Modern hormonal contraceptives have proven to be highly effective and safe means of reducing abortions and improving women's reproductive health. The article considers the medical and social characteristics of women of reproductive age 18–34 years old who applied for the selection of hormonal contraception.*

*Keywords: medical and social portrait of women of reproductive age; hormonal contraception; fertility.*

**Актуальность.** В России наблюдается тенденция к снижению численности населения и рождаемости, о чём свидетельствуют данные Федеральной службы государственной статистики (Росстат) [1]. Одной из главных причин снижения численности населения является низкая рождаемость. Женское репродуктивное здоровье зависит от многих факторов: наследственности, образа жизни, профессиональных вредностей, заболеваний других органов и систем [2, 3].

**Цель исследования** – изучить медико-социальную характеристику женщин репродуктивного возраста 18–34 лет, обратившихся с целью подбора гормональной контрацепции (ГК).

**Материалы и методы.** Обследованы 82 женщины 18–34 лет, обратившиеся с целью подбора гормональной контрацепции. Исследование проводилось с 2019 по 2021 год на базе акушерско-гинекологического отделения университетской многопрофильной клиники Тюменского ГМУ Минздрава РФ. Расчёт объёма выборки производился по формуле  $N = 2 * (Za/2 + Zb) / (d/SD)^2$  (1), где N – рассчитываемый объём выборки,  $Za/2$  и  $Zb$  – значения нормального распределения при вероятности  $a/2$  и  $b$  соответственно,  $d$  – клинически значимая разность групповых средних значений,  $SD$  – среднеквадратическое отклонение для уровня значимости (0,05) и мощности критерия (0,95). Критерии включения: возраст от 18 до 34 лет; желание использовать гормональный метод с целью контрацепции, добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: возраст до 18 и более 34 лет, до 6 нед после родов; наличие противопоказаний к ГК согласно реестру лекарственных средств РФ и Национальным

медицинским критериям приемлемости методов контрацепции 2012 и 2015 гг. Статистическая обработка материала проведена с помощью программы Microsoft Office Excel для нормального распределения с вычислением среднего стандартного отклонения и 95% доверительных интервалов.

**Результаты.** Средний возраст обследованных составил 26,3 года (25,3–27,3; 95% ДИ). Большинство женщин (97,7% [97,67–97,73]) были жителями города, 2,3% (2,27–2,33) – сельской местности. Работающие женщины составили 63,4% (63,04–63,76), неработающие – 14,6% (14,24–14,96), студентки – 17,0% (16,64–17,36), школьницы – 5% (4,64–5,36). Состояли в браке 58,6% (58,48–58,72), не замужем были 36,6% (36,48–36,72), в гражданском браке – 4,8% (4,68–4,92). Менархе наступило в срок 9–13 лет у 79,3% (79,22–79,38), после 14 лет – у 20,7% (20,68–20,78). Средний возраст начала менархе был 13,1 года (12,8–13,3). Половой дебют после 18 лет состоялся у 68,3% (68,12–68,48) женщин, в возрасте 15–17 лет – у 24,4% (24,22–24,58), половую жизнь отрицали 7,3% (7,12–7,48). Средний возраст начала половой жизни составил 16,3–17,5 (95% ДИ). Женщины, не имевшие беременности в анамнезе, составили 46,3% (46,03–46,57), имевшие одну беременность – 26,8% (26,53–27,07), две и более беременностей – 26,9% (26,63–27,17). Не имели родов в анамнезе 65,9% (65,79–66,01) женщин, одни роды – 31,7% (31,59–31,81), двое родов в анамнезе – у 2,4% (2,29–2,51) женщин. У 17,1% (17,02–17,18) женщин имелись осложнения беременности. Чаще других встречались неразвивающаяся беременность (19,5% [19,42–19,58]) и угроза прерывания беременности (6,1% [6,05–6,15]). На аборт указывали 20,7% (20,63–21,4) женщин. Гинекологическая заболеваемость: невоспалительные заболевания шейки матки в анамнезе имели 37,8% (37,7–37,9) женщин, кольпит – 26,8% (25,9–26,89), цервицит – 25,6% (25,51–25,69). Гинекологической патологией в настоящее время страдали 54,9% (54,79–55,01) женщин. В порядке убывания чаще других встречались: воспалительная болезнь матки – у 19,5% (19,45–19,58), эндометриоз – у 18,3% (18,22–18,38), синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – у 18,3% (18,22–18,38). Экстрагенитальные заболевания выявлены у 67,1% (67,0–67,2) женщин: гастродуоденит – у 14,6% (14,53–16,47), тонзиллит – у 11% (10,92–11,08), ожирение – у 11% (10,92–11,08).отягощённый семейный тромботический анамнез имели 25,6% (25,51–25,69) женщин.

**Заключение.** Половина обследованных откладывают деторождение и вступление в законный брак на поздний репродуктивный возраст. При наступлении беременности у пятой части беременность была неразвивающейся, при этом такая же часть обследованных прерывали нежеланную беременность путём аборта. Выявлено наличие высокой частоты гинекологической и экстрагенитальной патологии у женщин репродуктивного возраста (67,1%). Из заболеваний репродуктивной системы чаще встречались воспалительные заболевания, эндометриоз и СПКЯ, которые зачастую приводят к невынашиванию и бесплодию.

## Литература

1. Рождаемость, смертность и естественный прирост населения по субъектам Российской Федерации за 2020 год // Федеральная служба государственной статистики. – URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/RSm-edn.xlsx>.
2. Джамалудинова А.Ф., Гоняя М.М. Репродуктивное здоровье населения России // Молодой учёный. – 2017. – №14.2 (148.2). – С. 10–13.
3. Полякова В.А., Карпова И.А., Спирина Е.А. и др. Медико-биологический портрет женщин, прервавших регрессирующую беременность в первом

ПРИГЛАШАЕМ



VIII Междисциплинарный форум  
**Медицина молочной железы**  
1-3 декабря 2022, Москва

**Место проведения:**

г. Москва, гостиничный комплекс «Измайлово»,  
корпус «Гамма-Дельта»

[Подробнее](#)



ПРИГЛАШАЕМ



V Национальный конгресс  
**Онкология репродуктивных органов**  
от профилактики и раннего выявления к эффективному лечению  
1-3 декабря 2022, Москва

**Место проведения:**

г. Москва, гостиничный комплекс «Измайлово»,  
корпус «Гамма-Дельта»

[Подробнее](#)



+7 (495) 109 2627

ova@praesens.ru

praesens.ru

praesensaig

praesens

statuspraesensstv



ОнкоЛатруль

StatusPraesens  
*profmedia*

SP spnavigator

триместре медикаментозным способом // Университетская медицина Урала. – 2016. – Т. 2. – №1 (4). – С. 72–75.

## Проблема организации и разработки образовательных курсов для будущих родителей

**Тарасюк Д.Е.**, руководитель доульского направления  
*Akusherstvo Club;*

**Шатилова М.С.**, руководитель научного подразделения  
некоммерческой образовательной организации  
*«Акушерство Про»;*

**Чак А.А.**, зам. главного врача по развитию.  
*Щёлковский перинатальный центр.*  
E-mail: daryatarasyuk@yande.ru;  
моб. тел.: +7 (985) 992 5625.

**Современный мир предлагает большое количество образовательных курсов для будущих родителей, которые помогают готовиться к родам. Зачастую они составлены непрофессионалами, в них могут использоваться данные, противоречащие доказательной медицине и нормативным документам Минздрава РФ. Остро назрела необходимость разработать единые требования к подобным курсам, чтобы родители получали достоверную информацию.**

**Ключевые слова:** курсы подготовки к родам, доула, курсы молодых родителей.

*There are a lot of educational courses for future parents nowadays. But the most part of it were created non-professional, contain not evidence based information, contradictory to clinical recommendations information. All professionals see the need to create the standards for educational courses for future parents.*

*Keywords: birth's preparing courses, doula, parent's courses.*

**Актуальность.** Когда родители получают информацию о родах, не соответствующую современным данным, клиническим рекомендациям, в родах могут возникать случаи, при которых недопонимание со стороны родителей и медицинского персонала может стать критическим. Уровень удовлетворённости качеством медицинской помощи с 2014 г. составляет 40% при целевом значении 60% [1]. Качественная информационная подготовка будущих родителей способна повысить этот уровень, что благоприятно скажется и на пациентах, и на медицинских работниках.

**Цель** — разработать единую схему и требования к созданию образовательных курсов для будущих родителей, которые позволят создавать авторские курсы по подготовке к родам, соответствующие заданным критериям.

**Материалы и методы.** На базе НКО «Акушерство ПРО» в течение шести лет проводится обучение будущих родителей. В результате работы НКО были подготовлены к родам 10 264 женщины. Обучение проводится как в очном формате, так и в формате онлайн-школы. За прошедшие шесть лет сотрудниками некоммерческой организации были разработаны следующие требования к учебному материалу.

Достоверность — вся информация, преподаваемая будущим родителям, должна отражать тенденции современной медицины и базироваться на основании нормативных документов Российской Федерации, ВОЗ и международных стандартах оказания медицинской помощи в родах. Актуальность — методисты НКО «Акушерство Про» постоянно отсле-

живают эти изменения и вносят их в программу курса. Структурированность — материалы курса имеют чёткую структуру, которая помогает легко осваивать информацию, искать нужные данные впервые и легко возвращаться к ним при необходимости. Доступность — вся информация рассчитана на слушателей без медицинского образования и изложена простым языком. Разносторонность — каждая лекция читается профильным специалистом. Практическая часть — в курсах по подготовке к родам большое значение уделяется отработке практических навыков. Регулярность — курсы должны проводиться в учреждении регулярно. На базе НКО «Акушерство Про» очные курсы проходят ежемесячно, курсы в онлайн-формате идут непрерывно, слушатели имеют возможность присоединиться к ним в любой момент.

**Результаты.** В результате соблюдения указанных выше требований создан курс по подготовке будущих родителей к родам. Материалы курса основаны на нормативных документах Минздрава РФ, регламентирующих документах ВОЗ, клинических рекомендациях.

Подготовка к родам имеет положительные эффекты: большая вовлечённость партнёра, более высокий уровень удовлетворённости родами, сниженная тревожность уменьшает уровень боли в первом и втором периодах родов, способствует более длительному грудному вскармливанию. Всё это помогает формировать положительный опыт родов, что способствует увеличению рождаемости.

**Заключение.** Образование населения в рамках здоровья является важным аспектом современной медицины [2, 3], и подготовка к родам входит в это образование. Внедрение требований и введение лицензирования курсов позволит более качественно готовить пары к родовому процессу и возьмёт на контроль содержание авторских курсов.

## Литература

1. Ferguson S., Davis D., Browne J. Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature // *Women Birth*. – 2013. – Vol. 26. – P. e5–e8. [PMID: 23063931]
2. *Нормальная беременность: Клинические рекомендации / Минздрав РФ. – М., 2018.*
3. *Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»: Приказ Минздрава РФ №1130н от 20 октября 2020 г.*

## Влияние грудного вскармливания на здоровье женщин

**Хвоцица Т.Н.**, канд. мед. наук, доц.;  
**Абасова Ж.А., Куликова А.С.**

*Тюменский государственный медицинский университет.*  
E-mail: jala\_abbasov@mail.ru; моб. тел.: +7 (961) 571 4464.

**Первые несколько лет жизни ребёнка характеризуются быстрой скоростью роста и развития, при этом пища играет ключевую роль в обеспечении всех этих явлений. Польза грудного вскармливания (ГВ) для здоровья ребёнка несомненна, однако и в отношении здоровья матери данный опыт оказывает лечебный и профилактический эффекты.**

**Ключевые слова:** грудное вскармливание, профилактика рака молочной железы, профилактика рака тела матки, профилактика рака яичников.

*The first few years of a child's life are characterized by a rapid rate of growth and development, while food plays a key role in ensuring all these phenomena. The benefits of breastfeeding for the health of the child are undeniable, however, with regard to the health of the mother, this experience has therapeutic and preventive effects.*

*Keywords: breastfeeding, prevention of breast cancer, prevention of uterine body cancer, prevention of ovarian cancer.*

**Актуальность.** По данным ВОЗ, около 3% женщин не способны кормить своих детей грудью. Менее 43% женщин в России предпочитают исключительно грудное вскармливание в первые 6 мес после рождения ребёнка [1].

**Цель исследования** – анализ отечественных и зарубежных исследований, посвящённых влиянию опыта грудного вскармливания на здоровье женщин.

**Материалы и методы.** Основу исследования составила работа с отечественными и зарубежными источниками литературы, статистическая обработка данных.

**Результаты.** Эпидемиологические исследования показали, что среди кормящих женщин по сравнению с теми, которые не кормили грудью, более низкая частота обращений за медицинской помощью, связанной с респираторными, сердечно-сосудистыми и желудочно-кишечными заболеваниями [2]. Раннее вскармливание ребёнка грудью используется как метод профилактики кровотечения во время третьего периода родов, так как в процессе кормления увеличивается выделение окситоцина, который отвечает за сокращение матки, ускоряя её инволюцию. Высокий уровень окситоцина также повышает болевой порог, уменьшая дискомфорт матери. В период кормления грудью синтез как прогестерона, так и эстрогенов подавляется, что является естественным способом контрацепции (МЛА); защита от беременности может достигать 96% в течение первых 6 мес. После возобновления менструальных циклов вероятность зачатия снижается на 7,4% за каждый дополнительный месяц ГВ. Во время грудного вскармливания происходит более быстрая потеря веса со среднемесячным снижением веса матери на 450 г. ГВ также может влиять на механизм регуляции дневной секреции кортизола (снижается риск послеродовой депрессии). [2] В исследовании E. Gonzalez-Jimenez et al. (2014) испанскими учёными было выявлено, что каждый год кормления грудью снижает риск развития гормонозависимого рака МЖ на 4,3% и на 7% каждые дополнительные роды (если первая беременность состоялась в возрасте до 30 лет). А у женщин, которые кормили грудью минимум 6 мес, рак груди развивался на 10 лет позднее, чем у тех, кто кормил от 3 до 6 мес или не кормил совсем. Авторы объясняют, что процессы продукции и выделения грудного молока снижают уровень эстрогенов и пролактина в крови. Чем меньше этих гормонов, тем меньше делятся клетки протоков железы и тем меньше вероятность образования опухоли [3]. Исследования ВОЗ утверждают, что возможность женщины успешно кормить ребёнка грудью снижает риск развития рака яичников, матки и молочной железы в более поздние периоды жизни. [4]

**Заключение.** Лактация играет важную роль в восстановлении матери после беременности и может определять множество аспектов как материнского здоровья в дальнейшей жизни, так и здоровья ребёнка.

## Литература

1. Kotowski J., Fowler C., Hourigan C. et al. Bottle-feeding an infant feeding modality: An integrative literature review // *Matern Child Nutr.* – 2020. [PMID: 31908144]

2. Louis-Jacques A.F., Stuebe A.M. Enabling Breastfeeding to Support Lifelong Health for Mother and Child // *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* – 2020. – Sep. – Vol. 47 (3). – P. 363–381. [PMID: 32762923]

3. González-Jiménez E., García P.A., Aguilar M.J. et al. Breastfeeding and the prevention of breast cancer: a retrospective review of clinical histories // *J. Clin. Nurs.* – 2014. [PMID: 23937211]

4. Behtaji S., Ghafouri-Fard S., Sayad A. et al. Identification of oxytocin-related lncRNAs and assessment of their expression in breast cancer // *Sci. Rep.* – 2021. – Mar. 19. – Vol. 11. – №1. – P. 6471. [PMID: 33742056]

## Дифференцированная этапная медицинская реабилитация женщин с хроническим эндометритом

<sup>1</sup>Цаллагова Л.В., докт. мед. наук, зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1;

<sup>2</sup>Алборов Д.К., канд. мед. наук, зав. отделением патологии беременности;

<sup>1</sup>Дзагоева З.Л., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1;

<sup>1</sup>Гатеева Е.Г., аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1.

<sup>1</sup>Северо-Осетинская медицинская академия;

<sup>2</sup>Родильный дом №2, г. Владикавказ.

E-mail: David-vladik@mail.ru; моб. тел.: +7 (988) 835 1020.

**Применение трёхэтапной методологии прегравидарной подготовки женщин с невынашиванием беременности в анамнезе позволило снизить частоту этого осложнения беременности.**

**Ключевые слова:** хронический эндометрит, невынашивание беременности, бесплодие.

*The use of 3-stage methodologies of pre-pregnancy preparation of women with a history of miscarriage allowed to reduce the frequency of this complication of pregnancy.*

*Keywords: chronic endometritis, miscarriage, infertility.*

**Актуальность.** Невынашивание беременности (НВ) на протяжении многих лет является одной из самых сложных проблем акушерства и гинекологии. Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает неразвивающаяся беременность, частота которой при самопроизвольных абортax на ранних сроках в последние годы возросла до 88,6% [1]. В настоящее время в генезе НВ всё большее внимание уделяется роли маточного фактора. По данным разных авторов, более чем в 70% случаев причиной невынашивания становится хронический эндометрит [2].

**Цель исследования** – снижение частоты репродуктивных потерь у женщин, страдающих хроническим эндометритом, путём разработки методологии их прегравидарной подготовки на основе комплексного и дифференцированного проведения реабилитационных мероприятий на стационарном, амбулаторном и санаторно-курортном этапах.

**Материалы и методы.** Были пролечены 112 женщин, которые поделены на две группы. Первая (основная) группа состояла из 82 пациенток, вторая группа (контрольная) из 32 женщин. В основной группе применялся комплексный подход к обследованию и лечению хронического эндометрита (больничный, амбулаторный, санаторно-курортный этапы) с использованием медикаментозной терапии и немедикаментозных методов лечения, в том числе природных факторов

РСО-Алании. Проводилось традиционное медикаментозное лечение в комплексе с использованием высокооточной электроимпульсной терапии и применением природных факторов — лечебных глин-тереклитов Лысогорского месторождения, тогда как в контрольной группе лечение ограничивалось применением медикаментозной терапии.

**Результаты.** Как известно, лучшим подтверждением результативности прегестационной подготовки являются течение и исход последующей беременности. Рациональная подготовка к беременности с использованием немедикаментозных технологий обеспечила положительные исходы запланированной беременности [3, 4]. У больных, прошедших больничный и амбулаторный этапы послеабортной реабилитации, беременность, которая наступила в последующие 12 мес, в 84,2% закончилась срочными родами, в 7,9% — самопроизвольными абортами и в 7,9% случаев — преждевременными родами. В контрольной группе беременность закончилась срочными родами в 63,4%, самопроизвольными абортами — в 23,3%, преждевременными родами — в 13,3% случаев.

## Литература

1. Айламазян Э.К. *Гинекология: Учебник для медицинских вузов.* — 2-е изд. — СПб.: СпецЛит, 2012.
2. Аккер Л.В., Немцова Г.В., Таранина Т.С. и др. *Применение преформированных физических факторов в комплексном лечении у женщин с привычным невынашиванием беременности ранних сроков // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов.* — 2000. — №4. — С. 33–36.
3. Алеев И.А. *Некоторые генетические и иммунологические аспекты хронического эндометрита у женщин репродуктивного возраста // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* — 2016. — №4. — Ч. 3. — С. 574–577.
4. Алексеева М.С. *Современные подходы в ведении женщин с синдромом привычной потери беременности в условиях женской консультации.* — М., 2010. — 23 с.

## Психоземotionalные нарушения в послеродовом периоде

**Чеботарева Ю.Ю.,** докт. мед. наук, доц.;

**Арднт И.Г.,** ассистент кафедры акушерства и гинекологии;

**Петров Ю.А.,** докт. мед. наук, проф.

Ростовский государственный медицинский университет.

E-mail: chebotarevayulia@inbox.ru; моб. тел.: +7 (928) 1006055.

**Перинатальная психология — новый раздел клинической психологии, связанный с изучением роли психических факторов в происхождении и развитии осложнений гестации, родов и раннего послеродового периода. Раннее психологическое вмешательство, рекомендованное до родов, может способствовать предотвращению послеродовой депрессии. Необходима профилактика среди групп риска.**

**Ключевые слова:** перинатальная психология, послеродовой период, депрессия.

*Perinatal psychology is a new branch of clinical psychology related to the study of the role of mental factors in the origin and development of complications of gestation, childbirth and the early postpartum period. Early psychological intervention, recommended before delivery, can help prevent both postpartum depressions. Prevention is necessary among risk groups.*

*Keywords: perinatal psychology, postpartum period, depression.*

**Актуальность.** Перинатальная психология (ПП) — новый раздел клинической психологии, который изучает возможности и пути повышения психологических ресурсов и адаптационных возможностей беременной женщины, роженицы и родильницы [1]. ПП состоит из психологии зачатия ребёнка, психологии периода гестации (монада «мать–пренейт»), психологии раннего постнатального периода (диада «мать–ребёнок»). После родов мать понимает потребности ребёнка. При нарушенной диаде мать наполнена конфликтами, неосознанно может помещать ребёнка в те страдания, которые пережила сама. Изучение психоэмоциональных особенностей в послеродовом периоде имеет актуальное значение

**Цель исследования** — изучение отечественных и зарубежных гайдлайнов в области влияния психических факторов на течение пуэрперального периода.

**Материалы и методы.** Поиск литературы проводили в отечественных и зарубежных научных базах данных: «Киберленинка», eLibrary.ru (РИНЦ), PubMed, Google Scholar, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, Medline.

**Результаты.** Внедрение перинатального психологического консультирования, улучшение психического состояния родильниц снижает количество новорождённых с нервно-психическими расстройствами, при этом значительно уменьшается медикаментозная нагрузка [1]. ПП не видна, но она существует [2]. Необходимость ПП связана со сложными взаимодействиями между психологическими, физиологическими переменными, связанными с беременностью, родами и послеродовой адаптацией [3]. Однако нет исследований, касающихся пуэрперального периода (ПРП), который традиционно включает ранний и поздний. Необходимость психологической помощи именно в ПРП диктуют современные реалии с распространённостью послеродовой депрессии, включая суицидальную опасность [4]. Возникновение риска суицидальных мыслей родильниц начинает формироваться в период беременности. Женщины, перенёвшие кесарево сечение, суицид в анамнезе, с отсутствием брачных отношений и страдающие послеродовым депрессивным расстройством, имеют повышенный риск попытки самоубийства в послеродовом периоде. Часто послеродовой стресс отмечают у родильниц позднего репродуктивного возраста и многорожавших женщин. Уменьшение материнской смертности не сопровождается снижением уровня материнской смертности в результате самоубийств [5]. Послеродовая депрессия является частым осложнением деторождения и считается основным риском суицида [4]. Депрессия во время беременности является значимым предиктором последующей послеродовой депрессии, при этом беременные более склонны к суицидальному поведению, чем население в целом [4]. Раннее психологическое вмешательство, рекомендованное до родов, может способствовать предотвращению послеродовой депрессии [1]. Необходима профилактика среди групп риска [5]. К факторам риска по изменению психики после родов относят осложнённую беременность и роды, оперативные вмешательства, рождение ребёнка с родовыми травмами или врождёнными аномалиями, диспансерный учёт у психиатра, повышенную эмоциональность ряда акцентуированных личностей. Показано, что социальная поддержка на ранних сроках гестации ведёт к депривации признаков депрессии в пуэрперальном периоде [6].

**Заключение.** Послеродовой период — один из сложных и ответственных периодов онтогенеза женщины. Для успешного ведения послеродового периода необходимо не только участие врача акушера-гинеколога, но и психологическое сопровождение родильницы.

## Литература

1. Добряков И.В., Никольская И.М. Клиническая психология семьи и перинатальная психология как разделы медицинской (клинической) психологии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21. – №2. – С. 104–108.
2. Шабалов Н.П. Перинатальная психология: не видна, но существует // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2021. – Т. 100. – №1. – С. 297–304.
3. Wenzel A. Perinatal Psychology: A Field with an Impressive Past and an Exciting Future // The Oxford Handbook of Perinatal Psychology, 2015. – URL: <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199778072.001.0001/oxfordhb-9780199778072-e-33>.
4. Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И. и др. Суицидальная опасность послеродовой депрессии // Академический журнал Западной Сибири. – 2021. – Т. 17. – №1 (90). – С. 32–36.
5. Glasser S., Levinson D., Gordon E.S. et al. The tip of the iceberg: postpartum suicidality in Israel // Isr. J. Health Policy Res. – 2018. – Vol. 7. – №1. – P. 34.
6. Gan Y., Xiong R., Song J. et al. The effect of perceived social support during early pregnancy on depressive symptoms at 6 weeks postpartum: a prospective study // BMC Psychiatry. – 2019. – Vol. 19. – №1. – P. 232.

## Методы лечения эктопической беременности

**Чистова А.С.**, студент 5-го курса.

Руководитель: **Хвоцица Т.Н.**, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии.

Тюменский государственный медицинский университет.  
E-mail: [allachist99@mail.ru](mailto:allachist99@mail.ru); моб. тел.: +7 (950) 483 6920.

**Проведён анализ 245 историй болезни женщин с внематочной беременностью за 2019–2021 гг. на базе родильного дома №3 г. Тюмени, представлены данные о распространённости, структуре и основных методах лечения эктопической беременности.**

**Ключевые слова:** эктопическая беременность, трубная беременность, яичниковая беременность.

*The analysis of 245 case histories of ectopic pregnancy for 2019–2021 years of «Maternity hospital No. 3» (Tyumen) was performed, data on the prevalence, structure and main methods of ectopic pregnancy treatment was presented.*

*Keywords:* Ectopic pregnancy, tubal pregnancy, ovarian pregnancy.

**Актуальность.** Среди гинекологических заболеваний, требующих оперативного лечения, первое место занимает внематочная беременность, частота встречаемости которой в настоящее время продолжает увеличиваться, что многие авторы связывают с ростом числа воспалительных заболеваний репродуктивной системы, отсутствием адекватной реабилитации [1] и развитием вспомогательных репродуктивных технологий [3]. С большей частотой среди всех видов внематочной беременности встречается трубная локализация плодного яйца в различных отделах маточной трубы. Также выделяют атипичные формы эктопической беременности: интерстициальную, яичниковую, брюшную и шеечную беременность. По данным разных авторов, их встречаемость колеблется в пределах 0,4–1%; 0,4–1,3%; 0,1–0,9% соответственно [2].

**Цель исследования** – оценить распространённость эктопической беременности различной локализации и методы её лечения в г. Тюмени за 2019–2021 гг. на базе родильного дома №3.

**Материалы и методы.** Был проведён анализ 245 историй болезни женщин с внематочной беременностью за 2019–2021 гг. в родильном доме №3 г. Тюмени, а также частота и методы её оперативного лечения.

**Результаты.** За 2019 г. в родильном доме №3 были прооперированы 106 женщин с эктопической беременностью. У 103 пациенток плодное яйцо было локализовано в маточной трубе, у трёх пациенток – в яичнике. Были выполнены две лапаротомические операции по Пфанненштилю с сальпингэктомией по поводу трубной беременности. Трёх женщин с локализацией плодного яйца в яичнике прооперировали в объёме клиновидной резекции яичника в пределах здоровой ткани, а также 101 женщине с трубной беременностью были выполнены сальпингэктомия или милкинг лапароскопическим доступом.

За 2020 и 2021 гг. было прооперировано 90 и 47 женщин соответственно с трубной беременностью лапароскопическим доступом. Случаев шеечной и брюшной беременности в данном лечебном учреждении не было, что согласуется с их низкой частотой по данным литературы. Необходимо отметить преимущественное использование лапароскопического доступа и курс на органосохранение в большинстве проанализированных случаев, что отвечает современным требованиям к хирургическим методам лечения.

**Заключение.** Таким образом, трубная локализация плодного яйца является самой частой формой эктопической беременности, в то время как шеечная и брюшная локализации встречаются крайне редко. Лапароскопический оперативный доступ является эффективным, малотравматичным и сокращает послеоперационный период и период реабилитации, поэтому считается предпочтительным при лечении эктопической беременности.

## Литература

1. Баранов В.Н., Винокурова Е.А., Хвоцица Т.Н. Современная физиотерапевтическая техника и технологии в репродуктологии: Монография. – Тюмень: ТИУ, 2021. – 160 с.
2. Буянова С.Н., Пучкова Н.В., Мелиашвили М.В. и др. Редкие формы эктопической беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2017. – №17 (6). – С. 53–56.
3. Матейкович Е.А., Шевлюкова Т.П., Семёнова Е.Ю. и др. Клиническое наблюдение органосохраняющего лечения шеечной беременности с применением селективной эмболизации маточных // Уральский медицинский журнал. – 2019. – №8 (176). – С. 51–54.

## Реабилитация мышц тазового дна после родов: чья зона компетенции?

**Шатилова М.С.**, руководитель научного подразделения некоммерческой образовательной организации «Акушерство Про»;

**Чак А.А.**, зам. главного врача по развитию;  
**Пастарнак А.Ю.**, канд. мед. наук, главный врач.  
Щёлковский перинатальный центр.

E-mail: [shatilova@amed.clinic](mailto:shatilova@amed.clinic); моб. тел.: +7 (916) 559 5754.

**Реабилитация после родов** – это важная проблема, которой уделяется не так много внимания. От её качества зависит, насколько полной жизнью будет жить женщина после рождения ребёнка. Внедрение в практику родоводов и женских

**консультаций обучения упражнениям Кегеля способно помочь женщинам быстро восстанавливаться после родов и избежать таких проблем, как стрессовое недержание мочи и кала.**

**Ключевые слова:** тазовое дно, упражнения Кегеля, недержание мочи.

*Postpartum rehabilitation – very important problem, which is not good lighted in Russia. Postpartum rehabilitation determines the quality of women's life after delivery. Introduction into hospitals practice Kegel's exercises can help woman to rehab after delivery fast and effective. This exercises are very simple and can be taught by doctors, midwives and nurses.*

*Keywords:* pelvic floor, Kegel exercises, urinary incontinence.

**Актуальность.** Проблема реабилитации после родов стоит очень остро, так как в России наблюдается острая нехватка кадров в сфере реабилитации. Далеко не в каждом роддоме, перинатальном центре, больнице и поликлинике есть такие специалисты.

Помимо безопасных родов необходимо обеспечить женщине полноценную и качественную жизнь после них. Стрессовое недержание мочи в популяции женщин старше 18 лет составляет от 10 до 40% [1, 2], пролапса органов малого таза – от 3 до 50% у рожавших женщин [3].

**Цель исследования** – обучение врачей акушеров-гинекологов и акушерок основам реабилитации мышц тазового дна после родов с целью налаживания реабилитационного процесса и повышения охвата населения реабилитационными мероприятиями.

**Материалы и методы.** Научным отделом НКО «Акушерство Про» проведена работа по анализу мировых рекомендаций и гайдлайнов и адаптации их к российским реалиям.

Первым этапом реабилитации, который начинается сразу после родов, являются упражнения Кегеля и дыхательные упражнения. При наличии травм промежности упражнения Кегеля могут быть идеомоторными. При наличии травмы мышцы, поднимающей задний проход, тренировки следует отложить до момента заживления швов [4]. Упражнения рекомендуется выполнять каждый день по 5–10 мин с комфортной амплитудой движения.

Через 1,5–2 мес после родов рекомендуется проводить тренировку мышц тазового дна под контролем аппарата биологической обратной связи. Помимо тренировок мышц тазового дна следует соблюдать основы гигиены труда и физической активности.

Для того чтобы снизить нагрузку на медицинский персонал в перинатальных центрах, возможно создание телеграм-канала, в который будут загружены видеоролики с упражнениями и рекомендациями для женщин в послеродовом периоде. QR-коды с доступом в данный канал следует разместить во всех палатах послеродового отделения.

**Результаты.** Для сотрудников перинатального центра врачами лечебной физкультуры были проведены лекции и практические тренинги, на которых были освещены теоретические вопросы послеродовой реабилитации и отработаны практические упражнения и алгоритмы восстановления мышц тазового дна после родов. В результате этого обучения и создания обучающего телеграм-канала для пациенток повысился уровень удовлетворённости пациенток. Согласно анкетам обратной связи (были опрошены 987 пациенток), средний балл оценки удовлетворённости качеством оказания помощи в послеродовом отделении составил 8,6 балла по 10-балльной шкале, и 81% пациенток отмечали пользу телеграм-канала для себя. Вопросы в анкете включали в себя

следующие: уровень удовлетворенности оказанием помощи в послеродовом отделении, уровень эмпатии персонала в послеродовом отделении, польза телеграм-канала.

**Закключение.** По данным исследований и рекомендациям Ассоциаций физиотерапевтов [5, 6, 7], упражнения Кегеля являются эффективным лечением слабости мышц тазового дна, снижают вероятность развития стрессового недержания мочи и повышают качество сексуальной жизни. Обучение медицинского персонала роддомов и женских консультаций упражнениям Кегеля и последующее обучение им пациенток является ключом к успешной послеродовой реабилитации.

## Литература

1. Management of female stress urinary incontinence: A care pathway and update. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29452779/>.
2. Pelvic Floor Physical Therapy as Primary Treatment of Pelvic Floor Disorders With Urinary Urgency and Frequency-Predominant Symptoms. – 2015. – Vol. 21. – №5. – P. 252.
3. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24142054/>.
4. Schwertner-Tiepelmann N, Thakar R, Sultan A.H. et al. Obstetric levator ani muscle injuries: current status // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2012. – Apr. – Vol. 39. – №4. – P. 372–383. [PMID: 22190408]
5. Dumoulin C, Cacciari L, Hay-Smith E.C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2018. – №10. – Art. №CD005654.
6. Qaseem A., Dallas P., Forciea M.A. et al. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Nonsurgical management of urinary incontinence in women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians // *Ann Intern Med.* – 2014. – Sep, 16. – Vol. 161. – №6. – P. 429–440. [PMID: 25222388]
7. Hay-Smith J., Herderschee R., Dumoulin C. et al. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women: an abridged Cochrane systematic review // *Eur. J. Phys Rehabil. Med.* – 2012. – Dec. – Vol. 48. – №4. – P. 689–705. [PMID: 23183454]

## Эволюция репродуктивного мониторинга женского здоровья в Республике Дагестан: от «свадебных журналов» до IT-технологий

**Шахсинова Р.Н.**, канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии;

**Хархарова М.А.**, канд. мед. наук, главный внештатный репродуктолог;

**Багрий Е.Г.**, канд. мед. наук, ассистент кафедры оперативной хирургии.

Министерство здравоохранения Республики Дагестан;  
Дагестанский государственный медицинский университет.

E-mail: [raisa25@list.ru](mailto:raisa25@list.ru);

моб. тел.: + 7 (906) 448 1699.

**В Республике Дагестан с 2015 г. в работу медицинских организаций внедрена автоматизированная система мониторинга репродуктивного здоровья женского населения. За последние 7 лет система была модернизирована. Благодаря её внедрению в практическое здравоохранение в республике удалось улучшить выявляемость репродуктивных заболеваниями, диспансерное наблюдение женщин с заболеванием органов**

**ВСЁ САМОЕ  
ВКУСНОЕ**

**И АКТУАЛЬНОЕ**



**Получайте**  
актуальную и полезную  
информацию из мира  
акушерства и гинекологии



**Участвуйте**  
в регулярных викторинах  
и разборах клинических задач



**Делитесь**  
вашим профессиональным  
мнением с коллегами

 **ПОДПИСАТЬСЯ** 

 **ПОДПИСАТЬСЯ** 

Присоединяйтесь  
к нам в Telegram  
и ВКонтакте!



**репродукции и увеличить охват профилактическими и лечебными мероприятиями данной категории пациенток.**

**Ключевые слова:** автоматизированный мониторинг, репродуктивное здоровье.

*There is the automated system for monitoring of female population reproductive health has been introduced into the work of medical organizations in the Republic of Dagestan since 2015. The system has been upgraded during last 7 years. The identifying of reproductive pathology, dispensary observation of women with diseases of the reproductive organs and the coverage of preventive and therapeutic measures were intensified due to introduction of the system into practical healthcare of the Republic of Dagestan.*

*Keywords: automated monitoring, reproductive health.*

**Актуальность.** Проблема охраны здоровья населения Российской Федерации, в том числе и репродуктивного, является вопросом национальной безопасности страны [1, 4]. Одним из главных направлений государственной политики (Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2025 года) является улучшение репродуктивного здоровья и повышение рождаемости [2–4]. Актуальность настоящего исследования определена недостаточностью научно-методических подходов в оценке состояния репродуктивного здоровья женского населения Республики Дагестан.

**Цель исследования** — с учётом региональных факторов научно обосновать необходимость и эффективность автоматизации мониторинга репродуктивного здоровья женщин с целью выработки системы мероприятий по профилактике и коррекции репродуктивных заболеваний.

**Материалы и методы.** Изучены материалы автоматизированной базы данных, функционирующей на базе Республиканского центра охраны репродуктивного здоровья семьи и репродукции, созданной на основе локальной вычислительной сети. Указанная база данных является основой мониторинга репродуктивного здоровья женщин, для которого разработан оригинальный программный комплекс по управлению мониторингом.

Проведён статистический анализ динамики демографических показателей и показателей репродуктивного здоровья женщин (заболеваемость бесплодием и невынашиванием) в период с 2005 по 2020 год.

**Результаты.** Статистический анализ позволил выявить негативные процессы, происходящие в Республике Дагестан с 2015 г.: замедление темпов роста и снижение показателей рождаемости, высокие показатели младенческой смертности, выраженный миграционный отток трудоспособного населения, приводящий к убыли населения.

Несмотря на высокий показатель рождаемости в республике, каждая третья супружеская пара сталкивается с проблемой бесплодия, каждая пятая — с проблемой невынашивания. За последние 15 лет бесплодие выросло в 1,5 раза, что, безусловно, отражается на воспроизводстве населения. В каждом селении на ФАПе ведётся «свадебный журнал», в который вносятся данные молодожёнов. С 2015 г. репродуктивный мониторинг осуществлялся с использованием электронного регистра больных с заболеваниями репродуктивной системы. Автоматизация процесса мониторинга позволила улучшить выявляемость, регистрацию, взятие на учёт и диспансерное наблюдение женщин детородного возраста с бесплодием и невынашиванием. Так, заболеваемость бесплодием в 2005 г. составила 372,9 на 100 тыс. ЖДВ, в 2019 и 2020 гг. — 530,2 и 462,7 соответственно. Показатель диспансеризации ЖДВ с бесплодием вырос с 15,8 в 2005 г. до 25,1

в 2020 г. Показатель заболеваемости невынашивания вырос с 22,3 на 1000 ЖДВ в 2005 г. до 37,3 в 2020 г. Охват диспансерным наблюдением вырос с 22,3 в 2005 г. до 45,5 в 2020 г.

**Заключение.** Автоматизированный мониторинг репродуктивного здоровья позволяет улучшить выявляемость репродуктивных заболеваний, диспансерное наблюдение женщин с заболеванием органов репродукции и увеличить охват профилактическими и лечебными мероприятиями данной категории пациенток. Материалы и результаты исследования могут быть использованы для разработки региональных программ по улучшению демографической ситуации и повышению рождаемости.

## Литература

1. Архангельский В.Н. Репродуктивное и брачное поведение // Социологические исследования. — 2013. — №2. — С. 129–136.
2. Веропотвелян П.Н., Цехмистренко И.С., Веропотвелян Н.П. и др. Современный подход к сохранению репродуктивного потенциала // Здоровье женщины. — 2015. — №9 (105). — С. 94.
3. Землянова Е.В. Потери потенциальных рождений в России из-за проблем, связанных со здоровьем // Социальные аспекты здоровья населения. — 2016. — Т. 48. — №2. — С. 1–15.
4. Онищенко Г.Г. Актуальные вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения РФ // Гигиена и санитария. — 2006. — №5. — С. 4–10.

## Оценка эффективности комплексной терапии цервикальной интраэпителиальной неоплазии, ассоциированной с вирусом папилломы человека

**Шишиморова С.Г.**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии;

**Свиридова Н.И.**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии.

Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования Волгоградского государственного медицинского университета.

E-mail: n.i.sviridova@yandex.ru;  
моб. тел.: +7 (906) 409 0343.

**С позиции клинической иммунологии реализация клеточной трансформации эпителия при ПВИ представляет собой вторичное иммунодефицитное состояние, в связи с чем основной целью ведения пациенток с ВПЧ-ассоциированными цервикальными интраэпителиальными неоплазиями является удаление инфицированных клеток эпителия вплоть до базального слоя с применением деструктивных методов лечения на фоне коррекции системных и локальных иммунологических нарушений.**

**Ключевые слова:** цервикальная интраэпителиальная неоплазия, вирус папилломы человека.

*From the position of clinical immunology, the implementation of cellular transformation of the epithelium in PVI is a secondary immunodeficiency state, and therefore, the main goal of managing patients with HPV-associated cervical intraepithelial neoplasia is: removal of infected epithelial cells up to the basal layer using destructive methods of treatment against the background of correction systemic and local immunological disorders.*

*Keywords: cervical intraepithelial neoplasia, human papilloma-virus.*

**Актуальность.** В последнее десятилетие пристальное внимание учёных приковано к проблеме цервикальных интраэпителиальных неоплазий, представляющих собой патологический процесс, при котором в толще многослойного плоского эпителия шейки матки появляются клетки с различной степенью атипии и нарушением дифференцировки [1, 2, 3]. Ежегодно в мире диагностируется около 30 млн новых случаев CIN I и более 10 млн случаев CIN II–III, что диктует необходимость поиска эффективных методов лечения ВПЧ-ассоциированных плоскоклеточных интраэпителиальных поражений [1].

**Цель исследования** – оценка эффективности комплексной терапии пациенток с ВПЧ-ассоциированной цервикальной интраэпителиальной неоплазией лёгкой степени.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 86 пациенток в возрасте от 35 до 40 лет с морфологически верифицированной CIN I. Критериями включения явились возраст пациенток от 35 до 40 лет, наличие впервые гистологически верифицированной CIN I, цитологически подтверждённый диагноз LSIL; отсутствие аномалий в мазках из цервикального канала; удовлетворительная кольпоскопическая картина; наличие ВПЧ ВКР; согласие использовать барьерный метод контрацепции в течение всего периода исследования; информированное добровольное согласие пациенток на выполнение необходимых лечебно-диагностических мероприятий. Критериями исключения явились наличие инфекции мочеполовой системы в фазе активного воспаления; наличие терапии иммуномодулирующими препаратами в течение последних 6 мес; положительные тесты RW или ВИЧ; тяжёлые формы экстрагенитальных заболеваний; нарушение свёртываемости крови; злокачественные новообразования любой локализации; индивидуальная непереносимость используемых лекарственных препаратов; беременность; период грудного вскармливания.

Все пациентки случайным образом были распределены на две группы. Основную группу составили 52 пациентки, которым наряду с применением радиоволновой деструкции шейки матки назначали иммуностимулирующий препарат с противовирусной активностью «Инозин пранобекс» (по 1000 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней за 10–14 дней до деструкции и аналогичные два курса через 10–14 дней после неё). В группу сравнения вошли 34 пациентки, которым была выбрана тактика активного ведения в объёме радиоволновой деструкции шейки матки. Длительность наблюдения за пациентками составила 6 мес.

**Результаты.** Анализ исходов плоскоклеточных интраэпителиальных поражений низкой степени через 6 мес показал, что в основной группе регрессия CIN I наблюдалась у 92,3% пациенток, персистенция – в 7,7% случаев, в то время как в группе сравнения регрессия CIN I отмечена в 73,5% случаев, персистенция – у 26,5% больных.

**Заключение.** Комплексная терапия, включающая радиоволновую деструкцию и применение препарата с иммуностимулирующей и противовирусной активностью у пациенток с ВПЧ-ассоциированной CIN I, приводит к элиминации ПВИ и полной эпителизации шейки матки, значительно снижая частоту рецидивов и повышая эффективность деструктивных методов лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

## Литература

1. Киселёв В.И., Муйжнек Е.Л., Ашрафян А.Л. и др. Новая парадигма прогрессирования цервикальных неоплазий: от фундаментальных знаний – к практической гинекологии // *Акушерство и гинекология*. – 2019.
2. Байрамова Г.Р., Баранов И.И., Ежова Л.С. и др. Плоскоклеточные интраэпителиальные поражения шейки матки: возможности ранней диагностики и тактики ведения пациенток // *Доктор.Ру*. – 2019.
3. Гизингер О.А., Радзинский В.Е. Вирус папилломы человека: патогенез и коррекция иммунных нарушений // *Доктор. Ру. Гинекология*. – 2021. – №118 (6). – С. 80–86.

## Ретроспективное исследование задержки роста плода на основе оценки доплерометрических показателей в динамике беременности

*Щербакова Е.А., аспирант кафедры акушерства и гинекологии;*

*Буренков Г.М., канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии;*

*Истомина Н.Г., канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии;*

*Руководитель: Баранов А.Н., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии.*

*Северный государственный медицинский университет.  
E-mail: Liza140395@rambler.ru; моб. тел.: +7 (911) 572 2079.*

**Каждая форма задержки роста плода (ЗРП) имеет свои ультразвуковые особенности. В нашем исследовании при ранней форме было наиболее выражено нарушение кровотока артерии пуповины вследствие редукции кровотока «ворсинчатого дерева» плаценты. При поздней форме ЗРП в связи с выраженной гипоксией плода достоверно чаще наблюдалось нарушение кровотока в средней мозговой артерии.**

**Ключевые слова:** задержка роста плода, гипоксия, УЗИ.

*Every form of fetal growth restriction has its own ultrasound features. In our study, the increased resistance of the umbilical arterial flow was most seen in early form, due to the reduction in the blood flow of the villous tree of the placenta. Due to severe fetal hypoxia, reducing impedance in the middle cerebral artery was significantly more often observed in late form.*

*Keywords: fetal growth restriction, hypoxia, ultrasound examination.*

**Актуальность.** Задержка роста плода – актуальная проблема современного акушерства, занимающая одно из ведущих мест в структуре перинатальной заболеваемости и смертности [1]. В настоящее время одним из наиболее точных методов диагностики ЗРП является ультразвуковое исследование параметров плода, таких как окружность живота, предполагаемая масса плода, церебро-плацентарное отношение. Также используется доплерометрическое исследование кровотока в артериях пуповины, маточных артериях [2].

**Цель исследования** – выявить клинико-патогенетические особенности задержки роста плода на основании изучения ультразвуковых параметров для оптимизации ведения беременности и родоразрешения.

**Материалы и методы.** В ретроспективное исследование были включены доплерометрические данные 291 женщины с ЗРП. Пациентки были поделены на две группы в зависимости от формы ЗРП: 119 пациенток были родоразрешены до 32 нед

беременности (группа А), 172 пациентки – после 32 нед (группа В). Далее данные группы были разделены ещё на две подгруппы в зависимости от массы плода в перцентилях согласно международной центильной таблице Intergrowth 21st, 2016 [3]. Подгруппа I-a: ранняя форма ЗРП и масса плода по центильной таблице ниже 3-го перцентиля – 34 пациентки; II-a: ранняя форма и масса плода от 3-го до 10-го перцентиля – 85 женщин. Подгруппа I-b: поздняя форма задержки роста плода и масса плода ниже 3 перцентиля – 42 женщины; II-b: поздняя форма и масса плода от 3-го до 10-го перцентиля – 130 пациенток. Все беременные были родоразрешены с 2018 по 2021 гг. в Архангельской областной клинической больнице, перинатальном центре (г. Архангельск).

**Результаты.** Срок беременности при впервые выявленных доплерометрических отклонениях у пациенток с ЗРП составил  $34,9 \pm 3,69$  нед. Маточно-плацентарный кровоток (МПК) с ЗРП был снижен у 239 (82,4%) пациенток. У 139 (51,2%) беременных с ЗРП был нарушен фетоплацентарный кровоток (ФПК). У 35 (29,4%) пациенток из группы А отмечен нулевой кровоток в артерии пуповины (АП) и у 11 (9,2%) пациенток – реверсный кровоток в АП. Все беременные с реверсным кровотоком находились в подгруппе I-a. Нулевой кровоток в подгруппе I-a выявлен у 12 (35,3%) пациенток, в подгруппе II-a – у 22 (27,1%). В группе В нулевой кровоток в АП отмечен у 26 (15,4%) беременных. Интересно сравнение беременных с нулевым кровотоком в АП: в подгруппе I-b у девяти (34,6%) пациенток, а в подгруппе II-b – у 17 (13,08%). Реверсный кровоток не был выявлен в группе В. У 89 (30,5%) пациенток с ЗРП нарушен

плодовый кровоток – средняя мозговая артерия (СМА). В группе А у 59 пациенток (49,6%) и только у 44 (25,6%) пациенток из группы В. Нарушение кровотока в СМА в подгруппе I-a было у 18 (53,9%) беременных и II-a – у 41 (48,2%), а в подгруппе I-b – у 18 (40,9%) беременных и подгруппе II-b – у 26 (20%). Сочетанное нарушение ФПК, МПК, плодового кровотока наблюдалось в 60 (50,4%) случаях группы А и 22 (12,8%) случаях группы В. Указанные выше нарушения кровотоков в подгруппе I-a выявлены у 21 (61,8%) пациентки и II-a – у 39 (45,9%), а в подгруппе I-b у 13 (30,1%) пациенток и II-b – только у девяти (6,9%).

**Заключение.** Наиболее выраженное нарушение доплерометрических показателей достоверно отмечалось при ранней форме ЗРП, особенно у плодов с массой тела ниже 3-го перцентиля, что потребовало во всех случаях досрочного родоразрешения.

### Литература

1. Lees C.C., Stampalija T., Baschat A.A. et al. *ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction // Ultrasound. Obstet. Gynecol.* – 2020. – Vol. 56. – P. 298–312.
2. Gordijn S.J., Beune I.M., Thilaganathan B. et al. *Consensus definition of fetal growth restriction: a Delphi procedure // Ultrasound. Obstet. Gynecol.* – 2016. – №48 (3). – P. 333–9.
3. Stirnemann J., Villar J., Salomon L.J. et al. *International Estimated Fetal Weight Standards of the INTERGROWTH-21st Project Ultrasound // Obstet. Gynecol.* – 2016. – Nov 2.

**Педиатрия**

---

**и неонатология**

## Оценка критических состояний в неонатологии: обзор литературы

**Абакарова Д.А.**, мл. научный сотрудник, врач-неонатолог.

Руководитель: **Чистякова Г.Н.**, докт. мед. наук, проф.

Уральский научно-исследовательский институт охраны  
материнства и младенчества.

E-mail: dianka.abakarova@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (919) 7979507.

«Критическое состояние» в неонатологии рассматривается современной наукой как крайняя степень любой патологии, требующая искусственного замещения или поддержки жизненно важных функций. Одними из факторов, которые чаще всего приводят к развитию критических состояний в раннем неонатальном периоде, являются внутриутробная гипоксия и асфиксия при рождении.

**Ключевые слова:** критическое состояние, гипоксия, асфиксия, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, нейромаркеры.

*A «critical state» in neonatology is considered by modern science as an «extreme» degree of any pathology that requires artificial replacement or support of vital functions. One of the factors that most often lead to the development of critical conditions in the early neonatal period are intrauterine hypoxia and asphyxia at birth.*

*Keywords: critical condition, hypoxia, asphyxia, hypoxic-ischemic encephalopathy, neuromarkers.*

**Актуальность.** Каждому пятому ребёнку, перенёшему при рождении критическое состояние, в дальнейшем устанавливают инвалидность, а смертельный исход в данной группе детей в возрасте до 5 лет в среднем в 100 раз выше, чем в популяции [1]. На качество жизни новорождённого оказывают существенное влияние тяжёлые постгипоксические состояния, приводящие к нарушению витальных функций организма и, как следствие, к формированию тяжёлых полиорганных повреждений и последующего высокого уровня инвалидизации [2].

**Цель обзора** — изучить способы оценки состояния новорождённых, находящихся в критическом состоянии с рождения.

**Материалы и методы.** Теоретический анализ и обобщение научной литературы и зарубежных исследований.

**Результаты.** Каждый год в мире умирает около 3 млн новорождённых, и 1/3 этих смертей приходится на первые 24 ч жизни [3]. Согласно данным ВОЗ, наиболее частые и распространённые причины смертности в неонатальном периоде, такие как тяжёлая асфиксия при рождении, неонатальный сепсис и осложнения преждевременных родов, можно предотвратить [4]. Тяжёлая асфиксия при рождении чаще всего является продолжением внутриутробной гипоксии, приводящей к развитию ишемии головного мозга и запускающей каскад реакций, провоцирующих поражения нейронов, развитие цитотоксического и вазогенного отёка головного мозга с выделением прокоагулянтов и формированием участков невосстановленного кровотока. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) — наиболее частое осложнение перенесённой при рождении гипоксии и асфиксии, в основе развития которой лежат метаболические и цереброваскулярные нарушения [5]. Структурными компонентами клеток нервной ткани являются нейроспецифические белки. Независимо от ведущего клинического синдрома при последствиях перинатальных поражений ЦНС изменяется содер-

жание нейротрофических факторов в сыворотке крови: повышается количество нейронспецифической енолазы и глиального нейротрофического фактора, снижается — мозгового нейротрофического фактора, что свидетельствует о наличии повреждения и нарушении дифференцировки нервной ткани [6]. Прогностическим показателем развития репаративных процессов в мозге служит нейротрофический фактор мозга (Brain-derived neurotrophic factor, BDNF) [7]. Маркёром, который отражает динамику перинатального повреждения мозга и восстановительных процессов, является васкулоэндотелиальный фактор роста сосудов (Vascular Endothelial Growth Factor, VEGF) [8].

**Заключение.** Определение общих критериев и выявление способов прогнозирования развития критических состояний в раннем неонатальном периоде позволит предотвратить и/или минимизировать тяжесть неонатальных исходов, снизить перинатальные потери, а также усовершенствовать профессиональные компетенции неонатологов для улучшения качества оказания медицинской помощи новорождённым.

## Литература

1. Малинин А.Н. Клинико-функциональная характеристика детей первого года жизни, перенёвших критическое состояние в периоде новорождённости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2010. — 23 с.
2. Байбарина Е.Н., Дегтярёв Д.Н. Избранные клинические рекомендации по неонатологии. — 2016. — С. 155–167.
3. Lawn J.E. et al. Lancet Every Newborn Study Group. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival // Lancet. — 2014. — Jul 12. — Vol. 384 (9938). — P. 189–205.
4. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. — Geneva: World Health Organization, 2018. — Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Попова К.Е. // Дальневосточный медицинский журнал. — 2015. — №2. — С. 37–41.
6. Окунева М.А. // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. — 2010. — №3. — С. 75–77.
7. Захарова Л.Н., Краева О.А., Чистякова Г.Н. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2016. — №61 (2). — С. 50–55.
8. Острова И.В., Голубева Н.В., Кузовлев А.Н. и др. // Общая реаниматология. — 2019. — №15 (1). — С. 70–86.

## Опыт реабилитации детей с расщелиной нёба

**Анеликов А.И.**, аспирант отделения детской челюстно-лицевой хирургии;

**Павлович В.А.**, канд. мед. наук, челюстно-лицевой хирург;

**Агеева Л.В.**, канд. мед. наук, челюстно-лицевой хирург;

**Евтехова Н.И.**, канд. мед. наук, врач-логопед.

Руководитель: **Чкадуа Т.З.**, докт. мед. наук.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии  
и челюстно-лицевой хирургии.

E-mail: anelikov1995@gmail.com;

моб. тел.: +7 (985) 129 7195.

**Ретроспективный анализ результатов реабилитации детей с врождённой расщелиной нёба, которая включала в себя хирургическое, логопедическое и ортодонтическое лечение.**

**Ключевые слова:** расщелина нёба, уранопластика, логопедия, ортодонтия, дети, врождённая патология, речь.

*A retrospective analysis of the results of the habilitation of children with congenital cleft palate, which included surgical, speech therapy and orthodontic treatment.*

*Keywords: cleft palate, palatoplasty, speech therapist, orthodontics, children, congenital pathology, speech.*

**Актуальность.** По данным различных авторов, 86% всех аномалий челюстно-лицевой области и 20–30% пороков развития приходится на расщелину губы и нёба [1]. Частота встречаемости расщелины губы и нёба — 1:700 новорождённых, частота встречаемости врождённой изолированной расщелины нёба — 1:2500 новорождённых [2].

**Цель** — оценить качество восстановления речи у пациентов детского возраста клиники детской челюстно-лицевой хирургии за 12 лет.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 120 детей в возрасте от 7 до 11 лет. Дети были прооперированы в возрасте от 1 года 2 мес до 6 лет (преимущественно в возрасте 1 год 3 мес — 1 год 4 мес).

Алгоритм абилитации детей с расщелиной нёба нашей клиники подразумевает, что становление правильной речевой функции у детей возможно при комплексном подходе к решению этой задачи (хирург, ортодонт, логопед, оториноларинголог, педиатр, специалисты узкого профиля).

Пациентам проводилась уранопластика по классической двухлоскутной методике Bardach (1990) с вариацией интравелярной пластики мягкого нёба по Павлович–Агеевой (RU2 755 008 C1, 09.09.2021) «Способ устранения расщелины мягкого нёба с выполнением косых разрезов слизистой полости носа и ушиванием с использованием полноценного язычка».

Во время пребывания в стационаре пациентам проводилось полное логопедическое обследование. Разрабатывалась индивидуальная программа логопедической работы с учётом онтогенетического развития соответственно возрастным возможностям ребёнка [3–6]. Работа начиналась с доречевого периода. Особое внимание уделялось обучению родителей необходимым навыкам для проведения самостоятельных тренировок с ребёнком дома. После выписки по рекомендации оперирующего хирурга и логопеда родители с детьми проводили самостоятельные тренировки по предложенной программе.

С 3,5 года пациентам проводилось ортодонтическое лечение, направленное на стимуляцию правильного развития зубочелюстного комплекса.

В исследовании использовались стандартизированный речевой образец и балльная система оценки речи, разработанная группой авторов статьи, включающая в себя такие параметры оценки, как гиперназальность, гипоназальность, слышимая носовая эмиссия, лицевые гримасы, разборчивость речи, наличие сформированной воздушной струи, дефекты произношения согласных по месту или способу артикуляции. Пациенты были разделены на группы: пациенты с односторонней расщелиной губы и нёба (39%), пациенты с двусторонней расщелиной губы и нёба (13%), пациенты с изолированной расщелиной мягкого и твёрдого нёба (34%) и пациенты с расщелиной мягкого нёба (14%). В 7% случаев расщелина являлась составной частью синдрома (синдрома гемифациальной микросомии, синдрома Ван дер Вауде, синдрома Видемана–Беквита, секвенции Пьера Робена). Средний возраст пациентов составил 7,2 года.

**Результаты.** Ретроспективно логопедом ФГБ проведена оценка речи. По результатам логопедической оценки: у 87,2% детей речевая функция в норме либо имеются нарушения

произношения отдельных звуков или малые дизартрические нарушения, речь может быть скорректирована логопедом, повторное хирургическое вмешательство не требуется. У 12,8% детей диагностирована ринолалия, нарушение резонанса голоса различной степени выраженности, а также нарушения звукопроизношения и звукообразования. С этой группой детей предстоит дальнейшая работа.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о том, что своевременное хирургическое лечение, а также комплексный и мультидисциплинарный подход к абилитации пациентов с расщелиной нёба позволяют минимизировать последствия врождённой патологии, сформировать правильную речевую функцию с дальнейшей полноценной социализацией ребёнка.

## Литература

1. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. *Стоматология детского возраста. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2003. — 640 с.*
2. Letra A., Menezes R., Cooper M.E. et al. *CRISPLD2 variants including a C471T silent mutation may contribute to nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate // Cleft Palate Craniofac J. — 2011. — Vol. 48 (4). — P. 363–370.*
3. Ермакова И.И. *Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков. — М.: Просвещение, 1984.*
4. Таптапова С.Л. *Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса. — М.: Просвещение, 1984.*
5. Ермакова И.И. *Расстройства голоса при ринофонии и их коррекция. — М.: Просвещение, 1984.*
6. Балакирева А.С., Секачев М.В. *Логопедия. Ринолалия. — М.: В. Секачев, 2011.*

## Диагностика билиарной атрезии в условиях перинатального центра

**Бем Е.В.**, канд. мед. наук, ассистент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета послевузовского образования;

**Мызникова И.В.**, зав. отделением ОПН и ДГВ.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

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

**Исходом билиарной атрезии (БА) является развитие цирроза печени, который приводит к летальному исходу к 2 годам, если не проводить лечение. Своевременная диагностика БА очень важна для повышения эффективности операции по Касаи. Участковые педиатры должны иметь настороженность в отношении БА и своевременно отправлять детей на обследование в стационары.**

**Ключевые слова:** билиарная атрезия, прямая гипербилирубинемия новорождённых, операция по Касаи.

*The outcome of biliary atresia (BA) is the development of cirrhosis of the liver, which leads to death by the age of two years of a child's life, if not treated. Timely diagnosis of BA is very important to improve the effectiveness of Kasai surgery. District pediatricians should be wary of BA and send children for examination to the hospital in a timely manner.*

*Keywords: biliary atresia, neonatal direct hyperbilirubinemia, Kasai operation.*

**Актуальность.** Билиарная атрезия (БА) — это 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 [1]. Ранняя диагностика БА важна для повышения эффективности операции по Касаи (печёночная портоэнтеростомия [ППЭ]). Прямая причинно-следственная связь — это возраст ребёнка. Чем раньше выполнена ППЭ, тем больше вероятность восстановления тока жёлчи, лучше прогноз для жизни и здоровья. При выполнении ППЭ в первые 60 дней жизни ребёнка вероятность восстановления тока жёлчи составляет 70%, а если операция сделана после 90 дней жизни ребёнка, то положительный эффект достигается менее чем у 25% пациентов.

Проблема поздней диагностики БА актуальна во всём мире из-за различных причин, в том числе потому что младенцы с БА обычно рождаются доношенными и здоровыми, хорошо развиваются, что вводит в заблуждение родителей и врачей, которые расценивают затянувшуюся желтуху как желтуху от грудного молока или физиологическую [2].

Дети в Канаде получают операцию по Касаи до 30 дней жизни, имеют наиболее высокий уровень выживаемости без проведения трансплантации печени в течение 10 лет жизни [3]. Наиболее значимыми прогностическими факторами эффективности операции по Касаи являются возраст ребёнка и опыт конкретного медицинского центра в проведении таких операций [4]. Ведущими детскими гастроэнтерологами и гепатологами Северной Америки и Западной Европы в 2017 г. было разработано руководство по диагностике и лечению холестатических желтух у младенцев [2]. По мнению экспертов, «золотым стандартом» диагностики БА является биопсия печени. При сохранении желтухи у ребёнка более 3-недельного возраста участковыми педиатрами должно назначаться определение уровня общего билирубина и его фракций в сыворотке крови. Если фракция прямого билирубина более 20% от общего, то необходимо проводить углублённое обследование ребёнка в стационаре.

**Цель исследования** — оценка критериев постановки диагноза БА и сроки постановки диагноза в условиях ПЦ СПбГПМУ.

**Материалы и методы.** В ретроспективное исследование было включено восемь детей, которым была диагностирована «билиарная атрезия» в ПЦ. Все дети родились с хорошими весо-ростовыми показателями, семь из них — доношенными, один ребёнок — на сроке 36 3/7 нед. Пять детей были выписаны домой из роддома на 4–5-е сутки жизни. У всех детей желтуха к 3-недельному возрасту приобретала зеленоватый оттенок. Стойкий ахоличный стул появлялся на 3-й неделе жизни. Трёх детям в связи с необходимостью хирургической коррекции врождённых пороков развития была выполнена биопсия печени, по результатам которой был поставлен диагноз БА в возрасте 5–6 нед. Остальные дети лечились с диагнозом «неонатальный гепатит», только на 3-м месяце жизни были переведены в наш ПЦ, где по результатам комплексного обследования, включавшего проведение биопсии печени, детям был выставлен диагноз «билиарная атрезия».

**Результаты.** Средний возраст постановки диагноза БА составил 74,1 дня (35–110 дней) в связи с отсутствием настойчивости врачей первичного звена в отношении БА.

**Заключение.** Поздняя постановка диагноза БА приводит к нецелесообразности проведения операции по Касаи и необходимости выполнения трансплантации печени, что ухудшает прогноз для жизни и здоровья ребёнка.

## Литература

1. Govindarajan K.K. Biliary atresia: Where do we stand now? // *World J. Hepatol.* — 2016. — №8 (36). — P. 1593–1601.
2. Fawaz R., Baumann U. et al. Guideline for the Evaluation of Cholestatic Jaundice in Infants: Joint Recommend actions of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition // *JPGN.* — 2017. — Jan. — Vol. 64. — №1. — P. 154–168.
3. Harpavat S. et al. Newborn Direct or Conjugated Bilirubin Measurements As a Potential Screen for Biliary Atresia // *JPGN.* — 2016. — Jun. — Vol. 62. — №6.
4. Степанов А.Э., Аверьянова Ю.В., Васильев К.Г. и др. Результаты лечения детей с билиарной атрезией // *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реанимации.* — 2014. — Т. IV. — №4. — С. 125–130.

## Анализ эффективности гемодинамической поддержки новорождённым в критическом состоянии

**Боронина И.В.**, канд. мед. наук, доц., зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии;

**Грибова Н.Г.**, канд. мед. наук, доц. кафедры анестезиологии и реаниматологии;

**Полякова Ж.А.**, канд. мед. наук, доц. кафедры анестезиологии и реаниматологии.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко.

E-mail: irinaboronina@bk.ru; моб. тел.: +7 (910) 732 8075.

**Использование неинвазивного мониторинга гемодинамики в работе отделения реанимации и интенсивной терапии новорождённых обеспечивает своевременное начало гемодинамической коррекции, её оптимальное проведение, а также способствует рациональному использованию кардиотонических и вазоактивных препаратов.**

**Ключевые слова:** новорождённый, неинвазивный мониторинг сердечного выброса, типы гемодинамики.

*The use of non-invasive hemodynamic monitoring in the work of the neonatal intensive care unit ensures the timely start of hemodynamic correction, its optimal implementation, and also contributes to the rational use of cardiotonic and vasoactive drugs.*

*Keywords:* newborn, non-invasive cardiac output monitoring, types of hemodynamics.

**Актуальность.** Гемодинамические нарушения сопровождают тяжёлую патологию у пациентов всех возрастных групп, в том числе и у новорождённых [1, 2]. Мониторный контроль параметров гемодинамики позволяет выявить минимальные изменения витальных функций организма на ранних стадиях, обеспечить своевременное начало интенсивной терапии, её качественное проведение [2].

**Цель исследования** — оценить состояние гемодинамики и степень адекватности назначения гемодинамической поддержки новорождённым при поступлении в отделение реанимации и интенсивной терапии III уровня, используя неинвазивный мониторинг.

**Материалы и методы.** Проведена оценка гемодинамического статуса в динамике с помощью ультразвукового монитора неинвазивного контроля сердечного выброса 105 новорождённым детям: 42 доношенных ребёнка массой 3434,5±462,5 г, срок гестации 39,2±0,9 нед; 63 недоношенных ребёнка массой

★ Общероссийская школа-интенсив  
**Гинекология** *детского*  
*adASTRA* **подросткового  
и юношеского  
возраста**

**21-22 НОЯБРЯ  
2022 ГОДА**

- ★ **ОНЛАЙН + ЗАПИСЬ**
- ★ **УЧАСТИЕ ПЛАТНОЕ**
- ★ **СЛУШАТЕЛИ ПОЛУЧАТ РАБОТАЮЩИЕ, ДОСТУПНЫЕ В ЛЮБОМ ЛПУ ИНСТРУМЕНТЫ И АЛГОРИТМЫ!**

**ПРИГЛАШАЕМ ВРАЧЕЙ ВСЕХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ И НЕМЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ, КОНСУЛЬТИРУЮЩИХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ!**

### Что обсудим?

Как за считанные минуты приёма выстроить партнёрский, мобилирующий стиль коммуникации? • Как обеспечить взаимопонимание между врачом и пациентом? • Как вести диалог с конфликтным родителем или законным представителем? • За какие законодательные «буйки» нельзя заплывать с тинейджером до и после 15 лет? • Как обустроить кабинет, не имея дополнительного финансирования? • Как создать условия, в которых подросток сможет безопасно обратиться за помощью?

Мероприятие подано в Комиссию по оценке соответствия учебных мероприятий и материалов для НМО (ЗЕТ).

### ОНЛАЙН-ПЛАНЕТАРИЙ

«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ.  
НОВОСТИ. ОБЗОРЫ. ЛАЙФХАКИ.  
И НЕМНОГО Хайпа...»

*adASTRA*

**УЧИТЬСЯ • КОГДА • УДОБНО!**  
Общероссийский цикл звёздных  
вебинаров от StatusPraesens  
★ **ДЛЯ ВРАЧЕЙ**

1904,8±523,4 г, срок гестации 31,4±1,9 нед. Критерии включения в исследование: новорождённые различного гестационного возраста, находившиеся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии III уровня. Дети были доставлены бригадой реанимационно-консультативного центра в отделение реанимации и интенсивной терапии III уровня в возрасте 1–2 сут жизни из родильных домов города и области, где назначение кардиотонических и вазоактивных препаратов проводилось эмпирически. Как в группе доношенных, так и в группе недоношенных новорождённых дети имели сочетанную патологию. Ведущим синдромом при поступлении в отделение реанимации и интенсивной терапии являлся синдром дыхательной недостаточности, обусловленный тяжёлым поражением центральной нервной системы, инфекционно-воспалительным процессом, респираторным дистресс-синдромом. Всем детям проводилась респираторная поддержка. Критерии исключения из исследования: новорождённые с различными врождёнными пороками развития сердечно-сосудистой системы.

**Результаты.** При поступлении новорождённых в ОРИТ обследование состояния гемодинамического статуса выявило различные типы гемодинамики. Изучение параметров гемодинамики новорождённых при поступлении в ОРИТ показало, что, несмотря на стабильное состояние после транспортировки, гемодинамический профиль пациентов отличался значительным разнообразием. Только у трети детей эмпирически подобранная гемодинамическая терапия была адекватна. Две трети пациентов требовали коррекции гемодинамической поддержки: либо изменения дозы используемого препарата как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, либо смены препарата. Гипердинамический тип кровообращения ( $СИ > 5$  л/мин/м<sup>2</sup>) был диагностирован у 32 детей (30%), гиподинамический тип ( $СИ < 2,5$  л/мин/м<sup>2</sup>) – у 42 детей (40%) и нормодинамический тип ( $СИ = 2,5–4$  л/мин/м<sup>2</sup>) – у 31 ребёнка (30%). В результате проведённой при поступлении коррекции гемодинамического статуса число пациентов с гипердинамическим типом кровообращения уменьшилось на 14,3 процентного пункта, с гиподинамическим – на 15,2 процентного пункта, а число пациентов с нормодинамическим типом кровообращения возросло на 29,5 процентного пункта.

**Заключение.** Таким образом, можно полагать, что практически у половины детей эмпирически подобранная стартовая доза кардиотонических и вазоактивных препаратов не была адекватной и около 40% пациентов уже со вторых суток пребывания в ОРИТ могли обходиться без гемодинамической поддержки.

## Литература

1. Escourrou G., Renesme L., Zana E. How to assess hemodynamic status in very preterm newborns in the first week of life? // *J. Perinatol.* – 2017. – №9 (37). – С. 987–993.
2. Боронина И.В., Александрович Ю.С., Шмаков А.Н. и др. Возможность использования ультразвукового монитора неинвазивного контроля гемодинамики у новорождённых // *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии.* – 2017. – №3 (8). – С. 69–73.

## COVID-19 во время беременности: в чём опасность для новорождённого?

**Бочарова И.И.,** докт. мед. наук, ведущий сотрудник отделения неонатологии;

**Якубина А.А., Букина М.Ю., Аксенов А.Н., Дулаева Е.В., Куликова О.Н.**

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии.

E-mail: 567891@mail.ru; моб. тел.: +7 (901) 743 9826.

**Анализ заболеваемости новорождённых детей, родившихся у матерей с перенесённой инфекцией COVID-19 во время беременности, показал, что у них почти в 2 раза чаще встречаются врождённые аномалии, в 6 раз чаще инфекционно-воспалительные заболевания и значительно чаще тромбоцитопении, что демонстрирует необходимость расширенного обследования и наблюдения этих детей.**

**Ключевые слова:** COVID-19, новая коронавирусная инфекция, новорождённые, врождённые аномалии, тромбоцитопения.

*An analysis of the morbidity of newborns born to mothers with COVID-19 infection during pregnancy showed that they are 2 times more likely to have congenital anomalies, 6 times more likely to have infectious diseases and significantly more often thrombocytopenia, which demonstrates the need for an extended examination and observation of these children.*

**Keywords:** COVID-19, new coronavirus infection, pregnancy, newborn, fetal malformations, thrombocytopenia.

**Актуальность.** Вопросы влияния новой коронавирусной инфекции на течение беременности, развитие плода и состояние новорождённого продолжают активно обсуждаться в медицинском сообществе. У большинства заболевших COVID-19 беременных женщин данная инфекция протекает бессимптомно или в лёгкой форме [1], а при наличии средне-тяжёлой и тяжёлой форм увеличивается риск госпитализации и проведения искусственной вентиляции лёгких по сравнению с небеременными [2]. Предварительные данные свидетельствуют о том, что коронавирусная инфекция у беременной в I триместре не приводила к увеличению частоты врождённых аномалий у плода [3]. У беременных, перенёсших COVID-19 в тяжёлой форме на более поздних сроках гестации, увеличивалась частота преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременных родов, низкой массы тела новорождённого, перинатальной смерти плода, летального исхода у матери [4, 5]. При этом данные о состоянии здоровья новорождённых, матери которых перенесли новую коронавирусную инфекцию во время беременности в лёгкой и среднетяжёлой формах, в литературе практически отсутствуют.

**Цель исследования** – оценить состояние здоровья новорождённых, родившихся у матерей после перенесённой новой коронавирусной инфекции во время беременности.

**Материалы и методы.** Были обследованы 162 новорождённых, матери которых перенесли COVID-19 во время беременности в лёгкой и средней степени тяжести формах, не имели клинических и лабораторных признаков заболевания на момент родоразрешения. Оценка состояния здоровья новорождённых проводилась на основании результатов клинического, лабораторного и инструментального обследования.

**Результаты.** Из 162 новорождённых здоровыми были только 38% детей (n=62). В остальных наблюдениях преоб-

ладали переходящие нарушения углеводного обмена (28,4%), инфекционно-воспалительные заболевания (23,4%) и церебральные нарушения после внутриутробной гипоксии и асфиксии (18,5%). С целью сравнения полученных данных была проведена оценка заболеваемости детей, родившихся в 2019 г., предшествующем пандемии. Частоты церебральных нарушений и переходящих нарушений углеводного обмена были сопоставимы. Врожденные аномалии (врожденные пороки сердца и почек) почти в 2 раза чаще (9,8 против 4,6%) выявлялись в группе детей, матери которых перенесли COVID-19 во время беременности. Также достоверно чаще в этой группе отмечались инфекционно-воспалительные заболевания (23,4 против 3,8%) и переходящие неонатальные тромбоцитопении (8,6 против 0,2%).

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о необходимости создания алгоритма обследования новорожденных и детей первого года жизни, матери которых перенесли COVID-19 во время беременности.

## Литература

1. Khan M.A. et al. COVID-19 infection during pregnancy: a systematic review to summarize possible symptoms, treatments, and pregnancy outcomes // *Medicine. medRxiv.* – 2020. – Apr 3. – URL: <https://doi.org/10.1101/2020.03.31.20049304>.
2. Jafari M. et al. Clinical characteristics and outcomes of pregnant women with COVID-19 and comparison with control patients: A systematic review and meta-analysis // *Rev. Med. Virol.* – 2021. – Jan 2. – P. e2208. – URL: <https://doi.org/10.1002/rmv.2208>.
3. La Cour Freiesleben N. et al. SARS-CoV-2 in first trimester pregnancy: a cohort study // *Hum. Reprod.* – 2021. – Vol. 36. – №1. – P. 40–47. – URL: <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa311>.
4. Carvalho B.R., Adami K.S., Gonçalves-Ferri W.A. et al. COVID-19: uncertainties from conception to birth // *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* – 2021. – Vol. 43. – №1. – P. 54–60. – URL: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721856>.
5. Белокрыницкая Т.Е. и др. Клиническое течение, материнские и перинатальные исходы новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных Сибири и Дальнего Востока // *Акушерство и гинекология.* – 2021. – №2. – С. 48–54.

## Оценка стресса и боли у новорожденных при инвазивных методах диагностики и лечения

Букина М.Ю., мл. научный сотрудник;  
Бочарова И.И., Якубина А.А., Аксёнов А.Н.

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии.

E-mail: [3medvejonka@gmail.com](mailto:3medvejonka@gmail.com); моб. тел.: +7 (910) 4290331.

Анализ показателей электродермальной активности (ЭДА) у новорожденных продемонстрировал наиболее частое развитие выраженной стресс-реакции в ответ на проведение инъекций (100%), интубацию трахеи (100%), проведение респираторной терапии с постоянным положительным давлением в дыхательных путях (50%), а также накопительный эффект стресса при проведении любых кратковременных или продолжительных инвазивных методик диагностики и лечения. Результаты исследования могут быть использованы в качестве критериев оптимизации охранительного режима, проведения анальгезии и своевременной коррекции проводимой терапии.

**Ключевые слова:** стресс, боль, электродермальная активность, новорожденные.

*The analysis of indicators of electrodermal activity (EDA) in newborns demonstrated the development of the most frequent development of a pronounced stress reaction in response to injections (100%), tracheal intubation (100%), respiratory therapy with constant positive airway pressure (50%), as well as the cumulative effect of stress during any short-term or long-term invasive methods of diagnosis and treatment.*

*The results of the study can be used as criteria for optimizing the protective regime, conducting analgesia and timely correction of the therapy.*

*Keywords: stress, pain, electrodermal activity, newborns.*

**Актуальность.** Известно, что инвазивные процедуры могут вызывать у новорожденных как острую, так и продолжительную болевую реакцию. Перманентный болевой стресс может приводить к развитию патологических неврологических реакций в дальнейшей жизни (нарушение восприятия боли, эмоциональных связей, энурез и т.д.) [1]. Доказана корреляция стресса, возникающего у новорожденных в ответ на чрескожные пункции, и формирования тонкого слоя серого вещества коры головного мозга [2], негативные неврологические последствия связывают с проведением длительной ИВЛ в раннем неонатальном периоде [3]. Для исследований болевой и стресс-реакции у невербальных пациентов, в том числе у новорожденных детей, широко используется метод измерения параметров ЭДА [4].

**Цель исследования** — оценить стрессовое влияние инвазивных способов диагностики и лечения у новорожденных методом мониторинга ЭДА.

**Материалы и методы.** Проведен анализ показателей ЭДА (интенсивности стресс-реакции и кумулятивного эффекта стресса) у 107 новорожденных гестационного возраста в 28–40 нед во время проведения чрескожных и венозных пункций, внутримышечных инъекций, внутривенных инфузий и респираторной терапии (ИВЛ, СРАР).

**Результаты.** Повышение показателя интенсивности стресс-реакции отмечалось в 8,3% случаев при постоянной внутривенной инфузии, в 26% случаев при заборе капиллярной крови и в 100% случаев при интубации трахеи, внутримышечных инъекциях и заборе венозной крови. Показатель был повышен в 21,4% случаев при проведении ИВЛ и у 50% детей при проведении назального СРАР. Повышение показателя кумулятивного эффекта стресса отмечалось у новорожденных при проведении любых инвазивных методик, но наиболее часто регистрировалось при интубации трахеи (100%), проведении СРАР (75%), аппаратной ИВЛ (57,1%) и санации эндотрахеальной трубки (64,3%).

**Заключение.** Все включенные в исследование инвазивные лечебные и диагностические методики приводили к изменению показателей ЭДА у новорожденных. Определение стресса и боли по показателям ЭДА позволяет обосновать проведение обезболивания или коррекцию проводимой терапии.

## Литература

1. Brummelte S., Grunau R.E., Vann Chau at al. Procedural pain and brain development in premature newborns // *Ann Neurol.* – 2012. – Mar. – №71 (3). – P. 385–396.
2. Ranger M., Chau C.M., Garg A. et al. Neonatal pain-related stress predicts cortical thickness at age 7 years in children born very preterm // *PLoS One.* – 2013. – Oct. – Vol. 18. – №8 (10).

3. Zhang H., Dysart K., Kendrick D.E. Prolonged respiratory support of any type impacts outcomes of extremely low birth weight infants // *Pediatric Pulmonology*. – 2018. – №53 (10). – P. 1447–1455.

4. Storm H. The Capability of Skin Conductance to Monitor Pain Compared to Other Physiological Pain Assessment Tools in Children and Neonates. – 2013.

## Современные доводы в пользу вакцинации при использовании пневмококковой конъюгированной 13-валентной вакцины (ПКВ13) у детей с хроническими заболеваниями носоглотки (ХЗН)

<sup>1</sup>*Вавилова В.П., докт. мед. наук, проф. кафедры поликлинической педиатрии и последипломной подготовки;*

<sup>1</sup>*Вавилов А.М., докт. мед. наук, проф. кафедры пропедевтики внутренних болезней;*

<sup>2</sup>*Черкаева А.Х., канд. мед. наук.*

<sup>1</sup>*Кемеровский государственный медицинский университет;*

<sup>2</sup>*Губернаторская специальная общеобразовательная школа, г. Кемерово.*

E-mail: vavilovavp@mail.ru; моб. тел.: +7 (923) 616 0953.

**Представлен сравнительный анализ заболеваемости респираторными и лор-инфекциями. Исследование продемонстрировало хорошую переносимость вакцины ПКВ13, безопасность применения у детей с хроническими заболеваниями носоглотки.**

**Ключевые слова:** дети с хроническими заболеваниями носоглотки, вакцинация, пневмококковая конъюгированная вакцина.

*Presents a comparative analysis of the incidence rate of respiratory and ENT-infections.*

*The study showed good tolerability PCV13, safety of its use among children with chronic nasopharyngeal diseases.*

*Keywords: children with chronic nasopharyngeal diseases, vaccination, pneumococcal conjugate vaccine (PCV13).*

**Актуальность.** Учитывая существенную роль *Streptococcus pneumoniae* в возникновении хронического воспаления с вовлечением ткани лимфоидного кольца, категорию детей, имеющих хронические очаги инфекции в носоглотке, относят к группе высокого риска по развитию неинвазивных форм пневмококковых инфекций [1, 3]. Благодаря применению вакцинации ПКВ13 в настоящее время наметилась тенденция к снижению высокой частоты тяжёлого течения мукозальных форм пневмококковых инфекций (отитов, гайморитов, синуситов, пневмонии) и значительной опасности её массового распространения среди всего населения [1–3].

**Цель исследования** — оценить клиническую эффективность использования ПКВ13 у детей с хроническими заболеваниями носоглотки (ХЗН).

**Материалы и методы.** За период с 2019 по 2021 год наблюдали 1098 детей в возрасте 2–5 лет (3,67±1,34 года). Обследуемых разделили на две группы. Пациенты, вакцинированные против пневмококка, составили группу ПКВ13 (n=543), в группе контроля (n=555) дошкольники вакцинацию ПКВ13 не получали. Все обследуемые дети относятся к группе часто болеющих респираторными инфекциями. ХЗН имели место в 100% случаев. Кроме этого 61 ребёнок (5,57%) являлся реконвалесцентом пневмонии. Вакцинацию против пневмококковой инфекции пациентов группы ПКВ13 осуществляли по рекомен-

дованным схемам с учётом возраста ребёнка на момент начала иммунизации. Контроль состояния привитого ребёнка осуществлялся в течение 3–4 дней после иммунизации. Проведён анализ уровня заболеваемости ОРИ, лор-инфекциями и осложнённого течения их до и после вакцинации в течение 12 мес.

**Результаты.** До включения в исследование заболеваемость ОРИ в обеих группах составила 4892 случая (4464,3 на 1000): в группе ПКВ13 зарегистрировано 2456 случаев (4536,1 на 1000), в группе контроля — 2439 (4397,2 на 1000) (p=0,643). В течение 1 года после вакцинации уровень заболеваемости в группе ПКВ13 составил 966 случаев (1781,4 на 1000), в группе контроля — 1215 (2195,8 на 1000) (p=0,004). За год до вакцинации острый бронхит перенесли 10,89 (ПКВ13) и 10,45% (контроль) детей (p=0,453). После вакцинации названное заболевание зарегистрировано у 4,34 и 9,64% детей соответственно (p=0,008). Внебольничную пневмонию перенесли за год до вакцинации 6,16 (ПКВ13) и 6,03% (контроль) детей (p=0,413). После вакцинации случаи пневмонии отмечены у 2,28 и 6,78% наблюдаемых (p=0,0008). Обострения хронического гайморита за год до вакцинации составили 7,03 (ПКВ13) и 7,24% (контроль) случаев (p=0,073). После вакцинации обострения диагностированы у 2,68 и 6,78% пациентов (p=0,0007). Рецидивы хронического аденоидита (ХА) за год до вакцинации составили 18,1 (ПКВ13) и 19,2% (контроль) случаев (p=0,771). После вакцинации рецидивы ХА отмечались у 7,3 и 17,8% пациентов (p=0,014). Острый средний отит за год до вакцинации перенесли 7,81 (ПКВ13) и 8,04% (контроль) детей (p=0,098). После вакцинации — 3,27 и 8,18% соответственно (p=0,0009). Анализ течения поствакцинального периода показал: 96,3% детей перенесли вакцинацию бессимптомно. Общие поствакцинальные реакции слабой силы в виде повышения температуры до 37,5 °С имели место у 3,3% детей, развивались в первые сутки и купировались в течение 1–2 дней. Местных реакций не отмечено ни у одного ребёнка.

**Заключение.** Использование специфической профилактики ПКВ13 у детей с ХЗН позволяет снизить кратность ОРИ и частоту рецидивов ХВЗ лор-инфекций в 2,5 раза, сократив их продолжительность в 1,4 раза, и уменьшить частоту осложнённого течения в 2,3 раза. Анализ заболеваемости и течение поствакцинального периода у детей первых 5 лет жизни показал высокий уровень безопасности и переносимости вакцины.

## Литература

1. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Брико Н.И. и др. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей // *Педиатрическая фармакология*. – 2015. – №5. – С. 550–558.
2. Зайцева Т.А., Троценко О.Е., Бондаренко А.П. и др. Основные аспекты вакцинации против пневмококковой инфекции (обзор литературы) // *Дальневосточный журнал инфекционной патологии*. – 2016. – №30 (30). – С. 61–67.
3. Вавилова В.П., Черкаева А.Х., Вавилов А.М. и др. Эффективность вакцинации 13-валентной пневмококковой конъюгированной вакциной у детей с хроническими воспалительными заболеваниями носоглотки // *Руководство по вакцинации и иммунотерапии при лор-патологии*. – М., 2019. – С. 140–184.

## Особенности молекулярно-генетических преобразований у новорождённых с внутричерепными кровоизлияниями

**Ворона Л.Д.**, канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник, ассистент кафедры госпитальной педиатрии им. акад. В.А. Таболина;

**Неудахин Е.В., Ишутина Ю.Л., Асадуллаева М.А., Абрамов А.А., Ильина А.Я., Мартынов А.А.**

Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого; Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова.

E-mail: ldvorona@mail.ru; моб. тел.: +7 (915) 315 5921.

**Результаты генетического обследования 43 новорождённых детей различного гестационного возраста с внутричерепными кровоизлияниями (ВЧК) и 18 здоровых новорождённых показали наличие изменений уровней микроРНК-21 и микроРНК-126 у детей с ВЧК, что может свидетельствовать о некоторых генетических преобразованиях в клетках организма у новорождённых с ВЧК.**

**Ключевые слова:** новорождённые дети, внутричерепные кровоизлияния, микроРНК.

*Abstract: The results of a genetic examination of 43 newborns of different gestational ages with intracranial hemorrhage and 18 healthy newborns showed the presence of changes in the levels of microRNA 21 and microRNA 126 in children with ICH, which may indicate some genetic transformations in the cells of the body in newborns with intracranial hemorrhage.*

*Keywords: newborns, intracranial hemorrhage, microRNA.*

**Актуальность.** Одной из структур, которые могут выполнять роль биомаркёров на самых ранних этапах развития заболеваний, считается микроРНК. МикроРНК относятся к подвиду малых молекул РНК, который объединяется в отдельный класс малых некодирующих РНК, основной функцией которого является эпигенетическая регуляция экспрессии генов [1]. Именно из-за функции эпигенетической регуляции изучение микроРНК представляет собой одно из самых интересных направлений современной медицинской науки. МикроРНК рассматриваются как молекулярные параметры для определения последствий геморрагических инсультов и последующей терапевтической тактики ведения больного, а также в качестве прогностических маркёров для ранней диагностики [2–5].

**Цель исследования** — определение роли микроРНК у новорождённых детей с внутричерепными кровоизлияниями.

**Материалы и методы.** Нами обследованы 43 ребёнка в возрасте от 14 дней до 2 мес жизни 25–40 нед гестации с внутричерепными кровоизлияниями (ВЧК) и 18 здоровых новорождённых первых 5 сут жизни. Диагноз устанавливался на основании нейросонографического исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. У наблюдаемых детей определяли микроРНК из плазмы крови при помощи ПЦР в режиме реального времени на приборе Applied Biosystems 7900 HT (США). Реакцию проводили при помощи набора Qagen MIRCURY. Статистическую обработку данных проводили с использованием статистической программы StatPlus: mac Pro.

**Результаты.** При определении уровней микроРНК у пациентов с ВЧК и у здоровых новорождённых первых 5 сут жизни обнаружены достоверные различия ( $P$ -Value=0,013).

Отмечается тенденция к увеличению количества микроРНК-21 и снижению уровня микроРНК-126 у пациентов с ВЧК по сравнению со здоровыми новорождёнными, особенно это заметно при оценке соотношения уровня микроРНК-21 к уровню микроРНК-126. Таким образом, показатель соотношения микроРНК-21/микроРНК-126 можно расценить как маркёр заболевания ВЧК у новорождённых. Анализ ROC-кривой позволил рассчитать, что чувствительность маркёра микроРНК-21/микроРНК-126 составляет 60%, а специфичность — 98%.

**Заключение.** Согласно результатам генетического обследования, изменение уровней микроРНК-21 и микроРНК-126 у детей с ВЧК отражает некоторые генетические преобразования в клетках организма. Следовательно, микроРНК, являясь структурой с высокой функциональной и информационной нагрузкой, могут выполнять роль биомаркёров на самых ранних этапах заболевания. Для данной роли у микроРНК есть определённые преимущества: молекула по своему строению стабильна, что позволяет выделять её из всех биологических жидкостей, в том числе после заморозки (соскоб со щеки, слюна, плазма, кровь, моча и т.д.). Для определения свободных микроРНК и микроРНК в составе экзосом существуют стандартные протоколы исследований.

### Литература

1. Berezikov E., Chung W.J., Willis J. et al. Mammalian mirtron genes // *Mol Cell.* — 2007. — Oct. 26. — №28 (2) — P. 328–336.
2. Hunsberger J.G., Fessler E.B., Wang Z. et al. Post-insult valproic acid-regulated microRNAs: potential targets for cerebral ischemia // *American journal of translational research.* — 2012. — №4 (3). — P. 316–332.
3. Ajay F.C., Raman P.K., Gunpreet K. et al. MicroRNA therapeutics: Discovering novel targets and developing specific therapy // *Perspectives in clinical research.* — 2016. — Apr–Jun. — №7 (2). — P. 68–74.
4. Wang J., Chen J., Sen S. MicroRNA as Biomarkers and Diagnostics // *Journal of cellular physiology.* — 2016. — Jan. — №231 (1). — P. 25–30.
5. Circulating microRNA biomarker studies: pitfalls and potential solutions // *Clinical chemistry.* — 2015. — Jan. — №61 (1). — P. 56–63.

## Эфферентная терапия гемолитической болезни новорождённых при резус-конфликтной беременности

**<sup>1</sup>Вьюгов М.А.**, канд. мед. наук, врач отделения анестезиологии и реанимации;

**<sup>2</sup>Ветров В.В.**, докт. мед. наук, зав. кабинетом экстракорпоральных методов лечения перинатального центра;

**<sup>3</sup>Воинов В.А.**, докт. мед. наук, проф., зав. отделением гравитационной хирургии крови;

**<sup>2</sup>Иванов Д.О.**, засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф., ректор.

<sup>1</sup>Родильный дом, г. Таганрог;

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный медицинский педиатрический университет;

<sup>3</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова.

E-mail: mikhailvyugov@yandex.ru; моб. тел.: +7 (904) 5073913.

**Несмотря на внедрение анти-D-иммунопрофилактики резус-исосенсибилизации беременных, эта проблема остаётся**

актуальной. Целями исследования явились изучение возможностей эфферентной терапии плазмафереза (ПА), лазерного облучения крови (ЛОК) у беременных с резус-иммунизацией для профилактики тяжёлых форм гемолитической болезни новорождённых (ГБН), а также сравнительная клиническая оценка заменного переливания крови (ЗПК), плазмообмена (ПО), непрерывной фототерапии (ФТ) и внутривенного введения человеческого иммуноглобулина (ИГ), включённых в курс комплексного лечения у детей с ГБН. Клинические и лабораторные исследования показали, что ЗПК не освобождает циркуляцию в достаточной мере от резус-антител, общего билирубина (ОБ), свободного гемоглобина (ВЭГ). Шприцевой мембранный ПО у новорождённых детей оказался наиболее простым и безопасным методом. При ПО выявлены более стабильные показатели гемодинамики, осмотической стойкости эритроцитов (ОСЭ) и гемоконцентрации (гемоглобина), более значительное снижение уровней ОБ и ВЭГ по сравнению с ЗПК. ПО показан детям с тяжёлой формой ГБН, нуждающимся в повторном ЗПК, и позволяет добиться более быстрой динамики снижения ОБ. Профилактическое назначение курса ПА при резус-сенсibilизированной беременности с угрозой ГБ плода и новорождённого позволяло значительно снизить ОБ при рождении у детей, не прибегая к ЗПК.

**Ключевые слова:** гемолитическая болезнь, новорождённый, плазмаферез.

*Despite the introduction of antn-D RH Cassinelli however, this problem remains relevant.possibilities of efferent therapy of plasmapheresis(PA), laser irradiation of blood(LOC) in pregnant women with RH-immunization for the prevention of severe forms of GBN, lalso-comparative clinical evaluation of replacement blood transfusion (RPC), plasma exchange (PO), continuous phototherapy (FT) and intravenous injection of human immunoglobulin (IG) included in the course of complex treatment in children with GBN. Clinical and laboratory studies have shown that ZPC does not releasein sufficient measure from RH antibodies. total bilirubin (OB), free hemoglobin (VEG). Syringe membrannyj FOR newborns was the most simple and safe method of SOFTWARE identified more stable indicators of hemodynamics, osmotic resistance of red blood cells (ESR) and self-concentration (hemoglobin), a more significant reduction in levels of OB n VEG by compared with the WPC it is indicated for children with severe GBN who need repeated treatment and allows you to achieve faster dynamics of the system. Preventive appointment of a course of PA in RH-sensitized pregnancy with the threat of fetal death n newborn allowed to significantly reduce the birth RATE in children, not.*

*Keywords: hemolytic disease, newborn, plasmapheresis.*

**Цель исследования** – изучение возможностей эфферентной терапии плазмафереза (ПА), внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) у беременных с резус-иммунизацией для профилактики тяжёлых форм ГБН, а также сравнительная клиническая оценка заменного переливания крови (ЗПК), плазмообмена (ПО), непрерывной фототерапии (ФТ) и в/венного введения человеческого иммуноглобулина (ИГ), включённых в курс комплексного лечения у детей с ГБН.

**Материалы и методы.** Проведён анализ 130 историй болезни новорождённых детей с ГБН родильного дома г. Таганрога за период с 1997 по 2021 год. Все новорождённые дети в данном исследовании разделены на четыре группы: первая группа – 33 новорождённых ребёнка, матерям которых с 22–24-й недели беременности проводился курс мембранного ПА (от трёх до пяти сеансов) в связи с резус-изосенсибилизацией и наличием гемолитических IgG1 и IgG3, повышенным

титром (1:32 и выше). За один сеанс ПА удаляли 600–650 мл плазмы. Восполнение производили изотоническим раствором натрия хлорида и ГЭК. Общий объём удалённой плазмы за курс ПА составлял 100–150% объёма циркулирующей плазмы (ОЦП). Вторая группа состояла из 37 новорождённых детей, которым в первые сутки после рождения проводилось ЗПК. В связи с нарастанием уровня ОБ у 28 детей проводился затем шприцевой мембранный плазмаферез ПА с плазмообменом (ПО) на 2-е и 3-и сутки жизни. Использовались плазмодифильтеры ПФМ-800 и «Роса». За сеанс ПА удалялось до 240 мл плазмы, что составляло около 2–2,5 ОЦП с восполнением свежзамороженной донорской плазмой на 110% [3]. Кроме того, в данную группу вошли и девять новорождённых детей, которым проводился гравитационный ПА с ПО (гПА) в городской детской больнице (в детском анестезиолого-реанимационном отделении) до 2000 г. Забор крови проводился по 10,0 мл до общего объёма 30 мл. Кровь разделяли на клеточные элементы и плазму с помощью центрифуги ОС-6м (15 мин, 1800 об/мин). За сеанс удалялось до 160 мл плазмы (до 1,5 ОЦП) с восполнением свежзамороженной плазмой также на 110% третьей группе (контроль) – 39 новорождённым детям, которым в лечении ГБН применялось только ЗПК из расчёта 170–200 мл/кг массы тела (до 2,5 ОЦК). Курс ЗПК состоял из двух-трёх операций в 1–4-е сутки жизни детей. Четвёртая группа (контроль) – 21 новорождённый ребёнок, которым со среднетяжёлой ГБН применялась непрерывная ФТ и вводился человеческий ИГ (по современным протоколам) [5]. Из расчёта 0,5–1,0 г/кг, у трёх детей из-за нарастания тяжести ГБН выполнено по одной операции ЗПК [1].

**Результаты.** Показали, что ЗПК не освобождает циркуляцию в достаточной мере от резус-антител, билирубина и свободного гемоглобина. Шприцевой мембранный ПО у новорождённых детей оказался наиболее простым и безопасным методом [2, 6]. При ПО выявлены более стабильные показатели гемодинамики, ОСЭ и гемоконцентрации, более значительное снижение уровней ОБ и ВЭГ по сравнению с ЗПК. ПО показан детям с тяжёлой формой ГБН, нуждающимся в повторном ЗПК, и позволяет добиться более быстрой динамики снижения ОБ [4]. Профилактическое назначение курса ПА при резус-сенсibilизированной беременности с угрозой ГБ плода и новорождённого позволяло значительно снизить ОБ при рождении у детей, не прибегая к ЗПК [2].

#### **Заключение.**

1. Плазмаферез показан детям, нуждающимся в повторном ЗПК, что позволяет добиться более быстрой динамики снижения ОБ у новорождённых детей с ГБН.
2. ЗПК способствует удалению дефектных эритроцитов, но не освобождает в достаточной мере организм от резус-антител, билирубина и свободного гемоглобина, поскольку они распределяются не только в циркуляции, но и в интерстициальном пространстве.
3. Разработанный способ шприцевого мембранного плазмафереза для новорождённых детей с использованием плазмодифильтеров ПФМ-800 и «Роса» оказался наиболее простым и безопасным методом лечения ГБН.
4. В группе сравнения для получения адекватного снижения ОБ потребовалось проведение двух сеансов ЗПК, но при этом возрастает риск серьёзных трансфузиологических осложнений и нарастает содержание ВЭГ.
5. Профилактическое назначение мембранного плазмафереза во время беременности при повышенном титре антител с угрозой ГБП позволяет значительно снизить ОБ при рождении у детей, не прибегая к ЗПК.



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ  
**ИНИЦИАТИВА**

**ПЕДИАТРИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ:  
РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИК**



© Pivoir 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 (495) 109 2627 • 8 (800) 600 3975

 [info@neoped.ru](mailto:info@neoped.ru)

 [neoped.ru](http://neoped.ru)

## Литература

1. Шабалов Н.П. Неонатология. — М.: Медицина, 1985. — 414 с.
2. Гемолитическая болезнь плода и новорождённого при резус-конфликте (этиология, патогенез, профилактика и лечение): Многоцентровое исследование / Под ред. В.В. Ветрова, Д.О. Иванова, В.А. Воинова, В.А. Линде. — СПб.: Информ-навигатор, 2017. — 240 с.
3. Воинов В.А., Цибульский Э.К., Поляков С.З. и др. Методы эфферентной терапии и детоксикации у новорождённых и детей раннего возраста: Методические рекомендации Минздрава РФ. — СПб., 1996. — 18 с.
4. Лифшиц В.Н. Биохимические методы в клинике: Справочник. — М.: Медицина, 1998. — 124 с.
5. Клинические рекомендации (протоколы) по неонатологии / Ред. Д.О. Иванов. — СПб., 2016. — 464 с.
6. Szczepiorkowski Z.M., Bandarenko N., Kim H.C. et al. Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice – Evidence – Based Approach from the Apheresis Application Committee of the American Society for Apheresis (ASFA) // J. Clin. Apher. — 2010. — Vol. 25. — P. 83–177.

## Эфферентная терапия (плазмаферез, плазмообмен, гемосорбция и ультрафиолетовое облучение крови) при лечении полиорганной недостаточности у детей

<sup>1</sup>**Вьюгов М.А.**, канд. мед. наук, врач отделения анестезиологии и реанимации;

<sup>2</sup>**Ветров В.В.**, докт. мед. наук, зав. кабинетом экстракорпоральных методов лечения перинатального центра;

<sup>3</sup>**Воинов В.А.**, докт. мед. наук, проф., зав. отделением гравитационной хирургии крови;

<sup>2</sup>**Иванов Д.О.**, засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф., ректор. <sup>1</sup>Родильный дом, г. Таганрог;

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный медицинский педагогический университет;

<sup>3</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова.  
E-mail: [mikhailvyugov@yandex.ru](mailto:mikhailvyugov@yandex.ru);  
моб. тел.: + 7 (904) 5073913.

Данные литературы свидетельствуют о том, что применение детоксикационных методик, эфферентной терапии (ЭТ), в частности плазмафереза (ПА), плазмообмена (ПО), гемосорбции (ГС), у женщин во время беременности при холестатическом гепатозе (HELP-синдроме), преэклампсии, сахарном диабете, различных инфекциях, при которых в системе «мать–плацента–плод» формируется синдром эндогенной интоксикации в сочетании с синдромом системного воспалительного ответа (SIRS) и синдромом полиорганной недостаточности (СПОН), позволяет снизить частоту инвалидизации и смертности новорождённых. Подтверждением этому служит то, что в регионах РФ, где широко проводится ЭТ у беременных с SIRS и СПОН, отмечено значительное уменьшение перинатальной и младенческой смертности. В РФ отсутствуют единые подходы (протоколы) к ЭТ (ПА, ПО, ГС) у детей со СПОН (время начала, кратность процедур и др.). В клинических протоколах по лечению детей со СПОН рекомендуются при гипербилирубинемии: наружная фототерапия (ФТ), введение иммуноглобулина (ИГ), проведение заменного переливания крови (ЗПК). При септических осложнениях у детей со СПОН: антибактериальная терапия, введение ИГ,

инфузионно-трансфузионная терапия, введение свежемороженой плазмы, эритроцитарной массы, парентеральное питание, инотропная терапия, искусственная вентиляция лёгких и пр. Практически такая же тактика (исключить септические осложнения) в протоколах по лечению детей с тяжёлыми травмами (перенёсших шок), ожоговой болезнью и т.д. Плазмаферез, плазмообмен, гемосорбция в протоколах по лечению СПОН у детей даже не упоминаются, хотя есть отдельные сообщения о том, что раннее применение ПА и ГС (после санации очага инфекции при септических состояниях) у детей со СПОН высокоэффективно и позволяет улучшить прогноз для здоровья и жизни детей.

*Literature data suggests that the use of detoxification methods of efferent therapy (ET) specifically plasmapheresis (PA), plasmexchange (PE) hemosorption (HS) in women during pregnancy with cholestatic hepatitis (HELP-syndrome), preeclampsia, diabetes mellitus, various infections in which the mother-placenta-fetus system endogenous insufficiency syndrome is formed in combination SIRS and multiple organ dysfunction syndrome (MODS) reduces the incidence of disability and infant mortality. This is confirmed by the fact that in regions of the RF where efferent therapy is widely conducted in pregnant women with SIRS end MODS a significant decrease in perinatal immodal mortality.*

*Keywords: multiple organ failure, scale SOFA, plasmapheresis.*

**Цель исследования** — проанализировать 45 историй болезни и лечения детей со СПОН в отделении реанимации г. Таганрога за период с 1997 по 2021 год с перитонитом, ожоговой и постреанимационной болезнью, синдромом Лайелла, гемолитико-уремическим синдромом, гепатитом, панкреонекрозом и бронхиальной астмой (status astm.).

**Материалы и методы.** Сравнение эффективности методов лечения детей с перечисленной патологией первой (основной, n=17) группы и второй группы (контроль, n=28) с той же патологией. Детям первой группы в сочетании с комплексной терапией (КТ) применялась ЭТ (шприцевой мембранный ПО, разработанный проф. В.А. Воиновым) с плазмодифilterами ПФМ-800 (Санкт-Петербург) и «Роса» (Москва) с удалением за курс до 1,5 объёма циркулирующей плазмы (ОЦП) (за две-три процедуры) с интервалом 24–48 ч, восполнением свежемороженой плазмой (СЗП) на 20% больше. Методика ГС включала гепаринизацию 200–250 ед/кг массы тела ребёнка, гемосорбент СКН или ВНИИТУ-1, объём сорбента 150–250 см<sup>3</sup> (аппарат «Гемос»), скорость гемоперфузии 40 мл/мин; объём перфузии 1,5–2 ОЦК и ультрафиолетовое облучение крови проводили из расчёта 2 мл/кг аутокрови 15 мин через кувету аппарата Изольда, курс №7 [1, 4, 5]. Детям второй группы проводилась лишь комплексная терапия [2, 3].

Проведено сравнение клинико-лабораторных данных первой и второй групп детей со СПОН по общему анализу крови (ОАК), общему анализу мочи (ОАМ), лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ), биохимическому анализу крови, коагулограмме, кислотно-щелочному анализу крови (КЩС), внеэритроцитарному гемоглобину (ВЭГ), осмотической стойкости эритроцитов (ОСЭ) и кардиомониторным данным. Оценивали СПОН у детей по шкале SOFA [2].

**Результаты.** Применение КТ с ЭТ в лечении СПОН у детей первой группы (n=17) привело (достоверно; p<0,05) к ранней стабилизации и восстановлению неврологического статуса, гемодинамики (с отменой вазопрессоров), газообмена и основных биохимических показателей функции печени и почек, коагулограммы, что позволило сократить почти в 2,5 раза сроки ИВЛ у пациентов, уменьшить объём

инфузионно-трансфузионной и антибактериальной терапии, предупредить появление осложнений в процессе лечения. Пребывание детей со СПОН в отделении реанимации (достоверно;  $p < 0,05$ ) сокращено почти в 2 раза в основной группе ( $n=17$ ;  $7,5 \pm 0,3$  койко-дня) по сравнению с контролем ( $n=28$ ;  $13,5 \pm 1,5$  койко-дня) за счёт эффективной ликвидации эндотоксикоза и предотвращения гнойно-септических осложнений. Шкала SOFA у детей со СПОН служила для оценки прогноза, своевременного подключения ЭТ. Летальных случаев детей в первой группе (основной,  $n=17$ ) не было, во второй группе (контроль,  $n=28$ ) с КТ – один летальный случай.

#### **Заключение.**

1. Применение ЭТ (ПА, ПО, ГС, УФО крови) с КТ в первой группе детей со СПОН достоверно ( $p < 0,05$ ) позволяет сократить сроки проведения инфузионно-трансфузионной и антибактериальной терапии, предупредить появление осложнений в процессе лечения в ОРИТ.
2. Эффективная ликвидация эндотоксикоза с использованием ПО, ГС и УФО крови в сочетании КТ у больных СПОН детей с перитонитом, панкреонекрозом, гемолитико-уремическим синдромом, гепатитом на фоне тяжёлой ГБН, синдромом Лайелла, бронхиальной астмой (status. astm. I–II) позволила избежать осложнений и значительно сократить пребывание в реанимации детей первой группы (основной), что составило  $7,5 \pm 0,3$  койко-дня, в то время как для детей второй группы (контроль) –  $13,5 \pm 1,5$  койко-дня.
3. Шкала SOFA для оценки прогноза и тяжести состояния у детей со СПОН служила для своевременного подключения ЭТ, предотвращения гнойно-септических осложнений.
4. Летальных случаев у детей с ЭТ в первой группе не было. Во второй группе (контроль) с комплексной терапией – один летальный случай.

#### **Литература**

1. Воинов В.А., Цибулькин Э.К., Поляков С.З. и др. Методы эфферентной терапии и детоксикации у новорождённых и детей раннего возраста: Методические рекомендации Минздрава РФ. – СПб., 1996. – 18 с.
2. Гельфанд Е.Б., Гологорский В.А., Гельфанд Б.Р. Абдоминальный сепсис: Интегральная оценка тяжести состояния больных и полиорганной дисфункции // Анестезиология и реаниматология. – 2000. – №3. – С. 29–33.
3. Голуб И.Е. Полиорганная недостаточность: Учебное пособие. – Иркутск: ИГМУ, 2011. – 25 с.
4. Хохлов Е.С. Гемолитико-уремический синдром у детей: Методические рекомендации. – Ростов н/Д, 2007. – 24 с.
5. Тен В.С., Мазур Л.И., Литвинов Е.В. Экстракорпоральная гемосорбция в комплексном лечении тяжёлых форм гипербилирубинемии новорождённых // Труды XII Всесоюзного съезда детских врачей. – М., 1988. – С. 278–279.
6. Geffrey D., Deng M., Dwere A. et al. Severe alloimmune fetal hemolytic anemia successfully treated with plasma exchange and intrauterine transfusions // J. Clin. Apher. – 2014. – Vol. 83. – P. 49–51.

## **Эфферентная терапия (плазмаферез, гемосорбция и ультрафиолетовое облучение крови) у детей с atopическим дерматитом**

<sup>1</sup>**Вьюгов М.А.**, канд. мед. наук, врач отделения анестезиологии и реанимации;

<sup>2</sup>**Ветров В.В.**, докт. мед. наук, зав. кабинетом экстракорпоральных методов лечения перинатального центра;

<sup>3</sup>**Воинов В.А.**, докт. мед. наук, проф., зав. отделением гравитационной хирургии крови;

<sup>4</sup>**Иванов Д.О.**, засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф., ректор.  
<sup>5</sup>Родильный дом, г. Таганрог;

<sup>6</sup>Санкт-Петербургский государственный медицинский педиатрический университет;

<sup>7</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова.

E-mail: mikhailvyugov@yandex.ru; моб. тел.: +7 (904) 5073913.

**Эффективность лечения детей с АД с использованием ЭТ позволяет в более короткие сроки, практически с первых суток, нормализовать сон у ребёнка, уменьшив проявления кожного зуда со стабилизацией неврологического статуса. Положительная динамика в клинической картине по уменьшению площади поражения, эритемы, отёка, мокнутия кожи по шкале SCORAD index в основной группе (43 ребёнка) с ЭТ, в отличие от группы контроля (42 ребёнка), где применялась КТ, носила более быстрый и стабильный характер, что позволило сократить в 2,5 раза сроки лечения детей с АД в основной группе ( $8,5 \pm 1,5$  койко-дня) по сравнению с контрольной группой ( $21,5 \pm 1,5$  койко-дня). Результаты проведённых отдалённых исследований показали, что использование ЭТ в сочетании с комплексной терапией больных детей с АД позволило продлить фазу ремиссии в среднем от 6 мес до 1,5 года, сократить объёмы проводимой медикаментозной «базисной» терапии.**

**Ключевые слова:** шкала SCORAD, эфферентная терапия, плазмаферез, гемосорбция, АУФОК.

*Effectiveness of treatment of children with dermatitis (AD) using efferent therapy of plasmapheresis (PO), (GS), irradiation of blood (AUTOC) allows in a shorter time, almost from the first tut normalize sleep in the child, reducing the manifestations of itching with stabilization neurological status Positive dynamics in the clinical picture for reduction of the area of lesion, erythema, edema, skin weeping on the SCORAD scale index in the main group (43 children) with ET, as opposed to the control group (42 children) where traditional complex therapy (CT) was used, wore a faster and stable nature which allowed to reduce by 2.5 times the duration of treatment of children with AD b the main group –  $8.5 \pm 1.5$  bed days, while for children with AD control group and  $21.5 \pm 1.5$  bed days. Results of long-term research it was shown that the use of ET in combination with complex therapy of sick children with AD allowed to extend the remission phase on average from one and a half to 1.5 years, reduce the volume of conducted medical crisis therapy.*

**Keywords:** scale SCORAD, efferent therapy, plasmapheresis, hemosorption, AUFIB.

**Актуальность.** Атопический дерматит (АД) – хроническое воспалительное заболевание кожи (эритема, отёк, мокнутие, эксфолиация и лихенификация), сопровождающееся зудом, – в типичных случаях начинается в раннем детском возрасте, часто

рецидивирует в зрелом возрасте. Имеется связь этой формы экземы с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом. Длительность течения АД косвенно свидетельствует о неэффективности традиционных методов лечения, направленных, как правило, на локальные места поражения кожи. Наиболее патогенетически обоснованным подходом к лечению АД представляется эфферентная терапия (ЭТ) в виде плазмафереза (ПА), гемосорбции (ГС) и аутоультрафиолетового облучения крови (АУФОК), направленная на нормализацию систем естественной детоксикации (СЕД) функции печени и почек за счёт ликвидации «токсического пресса» – выведения из организма аллергенов, аутоантител, иммунных комплексов и пр. [1–3, 5].

Проанализировано 85 историй болезни детей с АД за период с 1997 по 2021 год в ДГБ г. Таганрога, которые были распределены на две группы. Первая группа (основная) включала 43 ребёнка, которым наряду с КТ проводилась и ЭТ: один сеанс ГС, два сеанса ПА и пять сеансов АУФОК. Противопоказаниями для ЭТ служили анемия ( $Hb < 90$  г/л), коагулопатия (ДВС-синдром), врождённые пороки развития (ВПР) сердечно-сосудистой системы. Процедуры ГС и ПА проводили в условиях отделения реанимации под кардиомониторным наблюдением. Осложнений до и во время ПА и ГС не было.

При ГС применяли гемосорбент СКН или ВНИИТУ-1 с объёмом заполнения плазмозаменителем (волювен) 35–40 мл. Забор-возврат одновременный с гепаринизацией 200–250 ед/кг и гемоперфузией 40 мл/мин. Объём сорбента на одну процедуру зависел от возраста ребёнка: в 1–3 года – 100–150 см<sup>3</sup>; в 3–7 лет – 150–250 см<sup>3</sup>; после 7 лет – 250 см<sup>3</sup>. Время гемоперфузии до 40 мин (1,5–2 объёма циркулирующей крови [ОЦК]). При ПА в систему включали мембранный плазмодифильтер ПФМ-800 (Санкт-Петербург) или «Роса» (Москва). ПА детям проводили простым и доступным шприцевым мембранным (ШМПО) способом по методике проф. В.А. Воинова и соавт. (1996). За сеанс шприцевого мембранного плазмообмена (ШМПО) удаляли в среднем 30–35% ОЦП ребёнка с восполнением стереофундином на 20% выше удалённого. Интервал между ГС и ПА составлял 3–5 дней, АУФО крови из расчёта 2 мл/кг массы с целью иммунокоррекции проводили на аппарате «Изольда» до пяти процедур. Контрольную вторую группу составили 42 ребёнка, которым проводилась лишь традиционная КТ, состоящая из назначения диеты, курса инфузионной терапии, антигистаминных препаратов, мазей, болтушек, ферментных препаратов, энтеросорбентов и симптоматической терапии [4, 5].

**Цель исследования** – проведение сравнительного анализа результатов применения КТ при atopическом дерматите и при включении в курс лечения АД методов эфферентной терапии (ПА, ГС и АУФОК).

**Результаты.** Проведённые исследования показали, что после курса ЭТ у детей первой (основной) группы к 10-м суткам не отмечено тяжёлой степени АД (SCORAD > 60 баллов было у 16 детей – 37,2±0,9% до применения ЭТ). У большинства из 36 детей (83,7±0,3%) в первой группе имела лёгкая степень АД (SCORAD < 40 баллов) и только у семи детей (16,3±1,1%) – средней тяжести, в 3,5 раза меньше, чем во второй группе (по шкале SCORAD 40–60 баллов). В то время как у детей второй контрольной группы с КТ к 10-м суткам оставалась среднетяжёлая форма АД у 22 (52,2±7,6%) из 42 детей и лёгкая степень – у 20 детей (48,9±7,6%). Эта разница в показателях была достоверна ( $p < 0,001 - 0,05$ ).

#### **Заключение.**

1. Эфферентная терапия (ГС, ПА, АУФО крови) показана детям с хроническими рецидивирующими среднетяжёлыми формами atopического дерматита.

- ЭТ позволяет в короткие сроки у детей купировать зуд, нормализовать сон и неврологический статус, уменьшается площадь поражения кожи.
- Эффективность лечения детей с atopическим дерматитом в основной группе с использованием ЭТ позволила в 2,5 раза сократить пребывание детей в стационаре (8,5±0,5 койко-дня) в сравнении с контрольной группой детей (21,5±1,5 койко-дня,  $p < 0,001 - 0,05$ ), где применялась обычная комплексная терапия.
- Применение шкалы SCORAD index для оценки степени тяжести АД у детей не требует особых затрат по времени и может служить критерием для своевременного подключения методов ЭТ.

### **Литература**

- Андожская И.В., Данилова А.В., Денисова С.А. Выбор метода плазмафереза при лечении больных псориазом и нейродермитом в дневном стационаре // Тезисы докладов VI конференции Московского общества гемафереза. – М., 1998. – С. 63.
- Ветров В.В. Эфферентная терапия и аутодонорство в акушерском стационаре. – СПб., 2008. – С. 65–72.
- Воинов В.А. Эфферентная терапия в акушерстве и неонатологии. – СПб., 2013. – 84 с.
- Потёмкина А.М. Диагностика и лечение аллергических заболеваний у детей. – Казань: Изд-во Казанского ун-та, 1990. – 320 с.
- Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомова А.В. Аллергические заболевания. – М.: Триада-Х, 1999. – С. 242–325, 372–427.

## **Особенности метаболизма аминокислот и карнитинов при разных формах эпилепсии у детей**

**Гузев В.И.**, засл. деятель науки РФ, проф., главный внештатный детский специалист по неврологии Минздрава РФ, зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики;

**Гузев О.В.**, докт. мед. наук, проф. кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики;

**Гузев В.В.**, докт. мед. наук, проф. кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

E-mail: oksanadoc@bk.ru, моб. тел.: +7 (911) 2479384.

**Цель работы заключалась в выявлении особенностей метаболизма аминокислот и карнитинов у детей с разными формами эпилепсии. Исследование уровня 12 аминокислот и 30 карнитинов в крови 32 детей с эпилепсией показало их взаимосвязь с формой эпилепсии, что позволяет повысить эффективность и безопасность терапии эпилепсии у детей.**

**Ключевые слова:** дети с разными формами эпилепсии, аминокислоты и карнитины, достоверность различия.

*The purpose of the work was to identify the features of the metabolism of amino acids and carnitines in children with different forms of epilepsy. The study of the level of 12 amino acids and 30 carnitines in the blood in 32 children with epilepsy showed their relationship with the form of epilepsy, which makes it possible to increase the effectiveness and safety of epilepsy therapy in children.*

**Keywords:** children with different forms of epilepsy, amino acids and carnitines, significance of differences.

**Актуальность.** При органических ацидемиях, болезнях окисления жирных кислот у детей наблюдаются резистентные к лечению симптоматические эпилепсии. Применение вальпроатов и карбамазепина может приводить к угнетению синтеза L-карнитина и снижению скорости утилизации имеющихся в организме глюкозы и свободных жирных кислот [2].

В литературе отсутствуют достоверные данные об изменении содержания аминокислот и карнитинов в плазме крови детей при эпилепсии и тем более при различных формах её проявления [1, 3].

**Цель исследования** заключалась в выявлении особенностей метаболизма у детей с разными формами эпилепсии аминокислот и карнитинов для повышения эффективности и безопасности методов терапии этого заболевания.

**Материалы и методы.** Обследованы 32 ребёнка с эпилепсией (12 мальчиков и 20 девочек) в возрасте от 3 мес до 14 лет и 19 детей группы сравнения того же возраста. У всех детей методом тандемной масс-спектрометрии определялось содержание в крови 12 аминокислот (Ala, Arg, Asp, Cit, Glu, Gly, Met, Orn, Phe, Tyr, Val, Xle) и 30 карнитинов (C0, C14, C16, C16-OH, C2, C3, C4, C5, C5DC, C8, C6, C10, C12, C18, C5OH, C5:1, C4DC, C18:1, C14:1, C3DC, C4OH, C8:1, C10:1, C14:2, C14OH, C16:1, C16:1OH, C18:1OH, C18:2O, C18OH).

**Результаты.** Обследованные дети по форме эпилепсии распределены в две основные группы: с генерализованной структурной эпилепсией (12 детей) и фокальной структурной эпилепсией (20 детей).

Средние значения содержания всех аминокислот и 27 (90%) карнитинов в крови у детей с генерализованной структурной эпилепсией и фокальной структурной эпилепсией располагаются, соответственно, по одну сторону от их средних значений у детей группы сравнения. Содержание Tyr у детей с генерализованной структурной эпилепсией выше, а у детей с фокальной структурной эпилепсией ниже его среднего содержания у детей группы сравнения; содержание C14, C4DC, C16:1 у детей с генерализованной структурной эпилепсией ниже, а у детей с фокальной структурной эпилепсией выше их среднего содержания у детей группы сравнения, и различия средних значений находятся в пределах статистической погрешности определения соответствующих значений аминокислоты и карнитинов у детей с эпилепсией.

Среднее содержание аминокислот и карнитинов в крови у детей с генерализованной структурной эпилепсией в 26 (61,90%) случаях было выше и в 16 (38,10%) случаях ниже, а у детей с фокальной структурной эпилепсией — в 28 (66,67%) случаях выше и в 14 (33,33%) случаях ниже, чем у детей группы сравнения.

Значимые различия ( $p > 0,9$ ) в содержании аминокислот и карнитинов у детей с различными формами эпилепсии установлены в восьми (19,05%) из 42 случаев.

Распределение значений аминокислот и карнитинов в крови у детей с генерализованной структурной эпилепсией в 19 (45,24%) случаях оказалось более широким и в 25 случаях — более узким, а у детей с фокальной структурной эпилепсией в 25 (59,52%) случаях — более широким и в 17 (40,48%) случаях — более узким, чем у детей группы сравнения. Значимое различие в широте распределений значений аминокислот и карнитинов у детей с генерализованной структурной эпилепсией и фокальной структурной эпилепсией установлено в 32 (76,19%) случаях.

**Заключение.** При включении в комплексную терапию эпилепсии у детей энерготропных препаратов рекомендуется учитывать выявленные особенности метаболизма аминокислот и карнитинов у детей с различными формами эпилепсии.

## Литература

1. Гузева В.И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 568 с.
2. Гузева О.В., Одинак М.М. Результаты исследования и оценка содержания аминокислот в крови детей, больных эпилепсией // Вестник Российской военно-медицинской академии. — 2013. — №3 (43). — С. 65–69.
3. Федеральное руководство по детской неврологии / Под ред. проф. И.В. Гузевой. — М.: СИМК, 2016. — 656 с.

## Этико-правовые проблемы врачебного допуска несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья к занятиям в спортивных секциях и соревнованиях

<sup>1</sup>Дубова Е.Г., канд. мед. наук, доц. кафедры экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи;

<sup>2</sup>Сахно Л.В., канд. мед. наук, доц. кафедры поликлинической педиатрии им. А.Ф. Тура.

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова;

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

E-mail: elena-dubov@yandex.ru;  
моб. тел.: +7 (921) 914 1438.

**Система здравоохранения России озадачена минимизировать риски для здоровья участников соревнований и спортивных секций. При оформлении врачебного допуска для участия несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья в спортивных мероприятиях и занятиях физкультурой у специалистов возникает ряд вопросов. Необходимо повышение юридической грамотности врачей и развитие законодательства.**

**Ключевые слова:** дети, спорт, физкультура, врачебный допуск, группы здоровья, паралимпийский спорт.

*The Russian healthcare system is puzzled to minimize the risks to the health of participants in competitions and sports sections. When applying for medical admission for the participation of minors with disabilities in sports events and physical education classes, specialists have a number of questions. It is necessary to increase the legal literacy of doctors and the development of legislation.*

*Keywords:* children, sports, physical education, medical admission, health groups, Paralympic sports.

**Актуальность.** Государственные программы Российской Федерации [1, 2] предусматривают развитие детского спорта, массового и профессионального. Система здравоохранения РФ озадачена минимизировать риски для здоровья участников соревнований и спортивных секций. При оформлении врачебного допуска для участия несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья в спортивных мероприятиях и занятиях физкультурой [3] у специалистов возникает ряд вопросов.

**Цель работы** — оценить актуальный этико-правовой статус врачебного допуска детей с ограниченными возможностями здоровья к занятиям в спортивных секциях и соревнованиях.

**Материалы и методы.** Методом аналитического познания проведён анализ правовой системы РФ и литературных данных по вопросу заключения врача о допуске к физкультуре и спорту.

**Результаты.** Увеличение доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, до 70% — это одна из целей развития РФ на период до 2030 г. [2]. Практически врач констатирует факт отсутствия противопоказаний на момент осмотра, методология индивидуальной оценки риска не ясна. Невозможно гарантировать переносимость физической нагрузки у данного конкретного индивида. Врач допускает к занятиям, но не может полностью исключить риск. Если ребёнок относится к III или IV группе здоровья, то ему разрешено заниматься только в подготовительной группе физкультуры (без допуска к соревнованиям) или ЛФК, а детям с V группой здоровья (инвалидам) вообще запрещено заниматься физкультурой вне медицинского учреждения [3]. При этом в мире развивается паралимпийское движение.

На 2021–2026 гг. Минздрав РФ установил новые правила организации оказания медпомощи лицам, занимающимся физкультурой и спортом [1]. Данный документ чётко определяет право инвалидов заниматься спортом под контролем спортивного диспансера.

Вопросы этико-правового статуса заключения врача о допуске несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья к занятиям напрямую связаны с распределением баланса юридической ответственности между участниками отношений по организации массовых занятий спортом. В случае неблагоприятных последствий для здоровья неизбежны юридические конфликты. Обсуждается ответственность медицинских организаций и врачей за допуск.

Именно у детей с ограниченными возможностями здоровья особенное значение приобретает позиция родителей или иных законных представителей как наиболее заинтересованных в оздоровлении детей и ответственных за состояние здоровья своих детей. Недопустимы случаи сокрытия патологии или иной дезинформации от врача. Комплекс мотивов и решений взрослых моделирует отношение несовершеннолетнего к физкультуре и спорту.

**Заключение.** Повышение юридической грамотности врачей и развитие законодательства РФ смогут минимизировать противоречия охраны здоровья несовершеннолетних и вопросов ответственности всех участников отношений в физкультуре и спорте.

## Литература

1. Паспорт государственной программы Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта».
2. О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года: Указ Президента РФ №474 от 21 июля 2020 г.
3. Об образовании в Российской Федерации: Федеральный закон №273-ФЗ от 29 декабря 2012 г.

## Исходы бронхолёгочной дисплазии у детей

<sup>1</sup>Егорова И.Н., доц. кафедры педиатрии;

<sup>1</sup>Белова К.В., врач-ординатор кафедры педиатрии;

<sup>1</sup>Иванова И.Е., проф. кафедры педиатрии ДПО;

<sup>2</sup>Журавлёва И.В., врач-педиатр.

<sup>2</sup>Институт усовершенствования врачей, г. Чебоксары;

<sup>2</sup>Республиканская детская клиническая больница, г. Чебоксары.

E-mail: inna080503@gmail.com;

моб. тел.: +7 (903) 359-4453.

**Ретроспективный анализ 170 амбулаторных карт недоношенных детей показал, что степень тяжести и риск формирования бронхолёгочной дисплазии (БЛД) выше у детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) [1]. По данным исследования были зарегистрированы случаи рецидивирующего бронхита и пневмосклероза как исхода БЛД в 39% случаев [2]. По результатам клинического наблюдения все дети перенесли острые респираторные заболевания на первом году жизни, что свидетельствует о значимости профилактики осложнений [2, 3].**

**Ключевые слова:** бронхолёгочная дисплазия, недоношенные дети.

*A retrospective analysis of 170 outpatient charts of premature infants showed that the severity and risk of BPD formation is higher in children with extremely low body weight and very low body weight. According to the study, cases of recurrent bronchitis and pneumosclerosis were reported as the outcome of BPD in 39% of cases. According to the results of clinical observation, all children suffered acute respiratory diseases in the first year of life, which indicates the importance of preventing complications.*

*Keywords: bronchopulmonary dysplasia, premature babies.*

**Актуальность.** Недоношенность остаётся одной из важнейших проблем здравоохранения. В среднем недоношенные составляют около 6% от всех новорождённых. Внедрение современных перинатальных технологий выхаживания привело к существенному увеличению количества новорождённых с ЭНМТ и ОНМТ. Именно у этой категории детей чаще всего развивается БЛД. Количество случаев БЛД растёт, так как снижается смертность от респираторного дистресс-синдрома (РДС) и повышается выживаемость. Поэтому возникает необходимость предупреждения неблагоприятных исходов заболевания с учётом возможных факторов риска.

**Цель исследования** — изучить состояние органов дыхания у детей до 3 лет, имеющих БЛД в анамнезе, для выяснения частоты неблагоприятных исходов в зависимости от массы тела при рождении и степени тяжести заболевания.

**Материалы и методы.** Ретроспективным анализом был изучен анамнез 170 недоношенных детей, родившихся в период с 2018 по 2021 год, с респираторным дистресс-синдромом в анамнезе. Дети разделены на две подгруппы: группа исследования — 85 детей с подтверждённым диагнозом БЛД различной степени тяжести; контрольная группа — 85 детей, у которых БЛД не развилась. Группы формировались согласно следующим критериям: срок гестации — 32 нед и менее; масса тела при рождении — менее 2500 г; потребность в дотации кислорода в 28 сут или 36 нед постконцептуального возраста. Для оценки исходов БЛД основным методом исследования была рентгенодиагностика органов грудной клетки.

# FLORES VITAE

X Всероссийская конференция  
с международным участием

**18–19 ноября, 2022**  
**Москва**

## FLORES VITAE

**Поликлиническая  
педиатрия**

# ПРИГЛАШАЕМ К УЧАСТИЮ!

☎ 8 (800) 600 3975; +7 (495) 109 2627

✉ ova@praesens.ru

🌐 praesens.ru

👤 praesens\_ped

📌 praesensped

👤 praesens\_neo

📌 praesensneo

18–19 ноября, 2022

Москва



StatusPraesens  
*profmedia*



**Результаты.** У 61% детей группы исследования наступило клиническое выздоровление, что позволяет сделать вывод о том, что заболевание имеет относительно благоприятный прогноз. Однако у детей сохраняется склонность к частым респираторным заболеваниям – более трёх эпизодов в год. У 35% детей развился рецидивирующий бронхит как исход БЛД. У 4% детей сформировался локальный пневмосклероз, среди них все имели экстремально низкую массу тела при рождении.

**Заключение.** С целью предупреждения развития БЛД и неблагоприятных исходов необходимо предпринять следующие меры: профилактика преждевременных родов с целью снижения количества недоношенных детей с экстремально низкой массой тела; профилактика РДС, которая включает пренатальную профилактику РДС дексаметазоном, своевременное введение сурфактанта, минимизацию длительности ИВЛ; профилактика острых вирусных/бактериальных инфекций дыхательной системы – пассивная иммунореабилитация против респираторной синцитиальной вирусной инфекции «Синагисом», а также вакцинация против пневмококковой, гемофильной, гриппозной инфекции [4].

## Литература

1. Панченко А.С., Гаймоленко И.Н., Тихоненко О.А. и др. Бронхолёгочная дисплазия: причины формирования и морфология лёгочной ткани // *Сибирский медицинский журнал*. – 2013. – №2. – С. 2.
2. Агарков Н.М., Пошибайлова А.В., Луценко В.Д. и др. Анализ и прогнозирование заболеваемости бронхолёгочной дисплазией и недоношенности // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2021. – С. 3–5. – URL: <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-1-30-36>.
3. Казакова К.А. Бронхолёгочная дисплазия: современный взгляд на течение и исходы // *Педиатрическая фармакология*. – 2016. – С. 2–3.
4. Бронхолёгочная дисплазия: Клинические рекомендации / *Союз педиатров России*. – М., 2021. – С. 27.

## Уровень здоровья и развития детей, рождённых методом ЭКО в г. Чебоксары

<sup>1,2</sup>**Жамлиханов Н.Х.**, докт. мед. наук, проф. кафедры дерматовенерологии с курсом гигиены, ведущий научный сотрудник;

<sup>1</sup>**Фёдоров А.Г.**, канд. мед. наук, доц. кафедры дерматовенерологии с курсом гигиены;

<sup>3</sup>**Полякова Т.А.**, канд. мед. наук, зам. главного врача по педиатрической помощи.

<sup>1</sup> Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова;

<sup>2</sup> Институт усовершенствования врачей;

<sup>3</sup> Городская клиническая больница №1.

E-mail: [nadimg54@mail.ru](mailto:nadimg54@mail.ru);

моб. тел.: +7 (903) 358 5490.

**Дети, родившиеся после ЭКО, составляют группу высокого риска нарушения состояния здоровья. Факторами риска являются инвазивная методика ЭКО, протекание беременности на фоне эндокринной и гинекологической патологии матери, многоплодная беременность, осложнения беременности в виде хронической фетоплацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности и носительства TORCH-инфекций.**

**Ключевые слова:** экстракорпоральное оплодотворение, уровень здоровья и развития.

*Children born after the use of IVF are at high risk of health disorders. Risk factors are: the invasive IVF technique itself, the course of pregnancy against the background of the mother's endocrine and gynecological pathology, multiple pregnancies, pregnancy complications in the form of chronic fetoplacental insufficiency, threatened miscarriage and the carrier state of TORCH infections.*

*Keywords: in vitro fertilization, level of health and development.*

**Актуальность.** С момента внедрения метода ЭКО в клиническую практику в 1995 г. достигнут значительный прогресс в качестве вспомогательных репродуктивных технологий, однако сохраняются высокие риски неблагоприятного течения беременности и родов, тяжёлых осложнений в перинатальном периоде, а также неудовлетворительного уровня состояния здоровья детей в дальнейшем [1–3].

**Цель исследования** – провести динамическое наблюдение за уровнем здоровья и развития детей, рождённых в результате применения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

**Материалы и методы.** В группу исследования были включены 46 детей (27 мальчиков [58,7%] и 19 девочек [41,3%]), рождённых с помощью ЭКО в период с 2004 по 2009 год от женщин старше 30 лет, со сроком гестации более 37 нед. Контрольную группу составили 22 ребёнка (14 мальчиков [63,6%] и восемь девочек [36,4%]), рождённых от естественной беременности.

**Результаты.** У беременных группы ЭКО достоверно чаще встречается патология эндокринной системы (73,9 против 40,9%,  $p<0,01$ ) и гинекологической сферы (63,0 против 36,4%,  $p<0,05$ ). При беременностях после ЭКО достоверно чаще наблюдаются многоплодие (36,9 против 4,5%,  $p<0,001$ ) и хроническая фетоплацентарная недостаточность (86,9 против 40,9%,  $p<0,001$ ), угроза прерывания беременности (86,9 против 63,6%,  $p<0,05$ ) и носительство TORCH-инфекций (84,8 против 59,1%,  $p<0,05$ ), оперативное родоразрешение (100 против 31,8%,  $p<0,001$ ). В группе ЭКО достоверно выше количество новорождённых с микросоматическим соматотипом (80,4 против 36,4%,  $p<0,01$ ), дисгармоничным физическим развитием (52,2 против 18,2%,  $p<0,01$ ) и меньше детей с мезосоматическим физическим развитием (21,7 против 50,0%,  $p<0,01$ ). В течение периода новорождённости в структуре групп здоровья не было выявлено статистически значимых различий между исследуемыми группами. В группе детей, рождённых после ЭКО, достоверно чаще наблюдаются заболевания органов мочеполовой системы (65,2 против 36,3%,  $p<0,05$ ), зрительного анализатора (58,7 против 22,7%,  $p<0,001$ ) и достоверно реже встречается патология ЦНС (36,9 против 81,8%,  $p<0,001$ ), органов сердечно-сосудистой системы (23,9 против 68,2%,  $p<0,001$ ).

**Заключение.** Дети, родившиеся после применения метода ЭКО, составляют группу высокого риска нарушения состояния здоровья как в раннем неонатальном, так и в более поздних периодах жизни. Они нуждаются в постоянном квалифицированном медицинском сопровождении по индивидуально разработанным программам профилактики и реабилитации. Факторами риска являются инвазивная методика ЭКО, протекание беременности на фоне эндокринной и гинекологической патологии матери, многоплодная беременность, осложнения беременности в виде хронической фетоплацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности и носительства TORCH-инфекций.

## Литература

1. Никитин А.И. Ещё раз о здоровье «детей из пробирки» // *Проблемы репродукции*. – 2019. – №25 (3). – С. 28–33.

2. Савельева Г.М., Касьянова Г.В., Дронова Е.М. *Вспомогательные репродуктивные технологии: перинатальные исходы и состояние детей* // Проблемы репродукции. – 2014. – №6. – С. 35–39.

3. Chen L., Yang T., Zheng Z. et al. *Birth prevalence of congenital malformations in singleton pregnancies resulting from in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection worldwide: a systematic review and metaanalysis* // Archives of Gynecology and Obstetrics. – 2018. – №97 (5). – P. 1115–1130.

## Особенности течения постковидного синдрома у детей

**Жданова И.А.**, канд. мед. наук, зав. отделением;

**Смычкова Е.В.**, врач-педиатр;

**Осадчая Е.И.**, врач-педиатр;

**Краковец И.В.**, врач-педиатр;

**Картавцева А.В.**, врач-педиатр;

**Дудий С.Е.**, врач-невролог.

Детская краевая клиническая больница, отделение катамнеза, г. Краснодар.

E-mail: irina.zhdanova.9900@bk.ru;

моб. тел.: +7 (918) 415 7667.

**Около 30% детей, переболевших COVID-19, могут развить постковидный синдром, проявления которого сохраняются 4–12 нед и оказывают значимое влияние на качество жизни. Изучены особенности постковидного синдрома у 63 детей. Полученные результаты демонстрируют необходимость диспансерного наблюдения за детьми, перенёсшими COVID-19.**

**Ключевые слова:** постковидный синдром, инфекция, диспансерное наблюдение, дети.

*Approximately 30% of children who endured Covid-19 are likely to face a post-Covid syndrome whose effects may last for 4–12 weeks and have a substantial impact on the quality of their life. This article studied the peculiarities of the post-Covid syndrome in 63 children. Our findings show that the children who survived Covid-19 need outpatient observation.*

*Key words:* post-Covid syndrome, infection, outpatient observation, children.

**Актуальность.** Около 30% детей, переболевших новой коронавирусной инфекцией COVID-19, сталкиваются с постковидным синдромом, проявления которого сохраняются 4–12 нед и более [1]. Отсутствует статистически значимая зависимость между тяжестью течения коронавирусной инфекции и развитием постковидного синдрома (ПКС). Согласно современным данным, в группу риска по постковидному синдрому входят дети до 1 года, дети с дефицитом массы тела (более 30%), железодефицитной анемией, бронхиальной астмой, хронической бронхолегочной патологией, пороками сердца, патологией эндокринной и выделительной систем, гемоглобинопатией, метаболическим синдромом, онкологическими заболеваниями, иммунодефицитными состояниями разного генеза, а также с коинфекцией (респираторно-синцитиальный вирус, риновирус, бокавирус, аденовирус). Чаще всего ПКС у детей проявляется астенической и неврологической симптоматикой (усталость, нарушения сна, изменение настроения, тревожность, утомляемость и т.д.).

**Цель исследования** – изучение особенностей течения постковидного синдрома у детей после перенесённой инфекции COVID-19.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 63 ребёнка за период с января 2021 г. по март 2022 г., у которых был диагностирован постковидный синдром. Возраст пациентов от 6 мес до 17 лет. Из них дети до 1 года – пять человек (7,9%), от 1 до 5 лет – 11 (17,5%), от 5 до 10 лет – 16 (25,4%), от 10 до 17 лет – 31 ребёнок (49,2%). По гендерному признаку: девочек – 32 (50,8%), мальчиков – 31 (49,2%).

**Результаты.** Диагноз COVID-19 подтверждался методом ПЦР-диагностики (22,2%) и ИФА крови (77,8%). Большинство случаев контакта у детей регистрируется в семейных очагах (78,1%), на втором месте – контакт с другими детьми в социуме (школы, детские сады, кружки, спортивные секции) (21,9%). При обращении в детский консультативно-диагностический центр дети в 98,7% случаев жаловались на утомляемость и общую слабость, 27,3% – на бессонницу либо нарушение сна, 12% – на головные боли и 12,3% – на снижение памяти. 25% школьников отметили, что не справляются с теми занятиями, которыми занимались до болезни. Боли в животе – у 17,1% детей, нарушение терморегуляции (субфебрилитет) – у 15,8%, изменение вкуса и обоняния было отмечено у 4,7% детей, конъюнктивит – у 3,9%, поредение и выпадение волос – у 3,6%, ломота в суставах – у 2,9%, ортостатическая гипотензия – у 4,8%. У двух детей первого года жизни (3,2%) отмечался судорожный синдром, что потребовало госпитализации, у одного подростка (1,6%) развились панические атаки. По данным анамнеза выяснено, что после перенесённой новой коронавирусной инфекции COVID-19 увеличение частоты ОРВИ отмечалось у 34% детей, преимущественно в группе от 1 до 5 лет, тонзиллитов – у 16,2% среди подростков, обострение аллергического дерматита и/или появление кожных высыпаний – у 15,3% обследованных, синдром раздражённого кишечника – у 15%, колебания артериального давления – у 9,7%.

**Закключение.** Дети, перенёсшие COVID-19, нуждаются в диспансерном наблюдении для оценки и динамического контроля состояния здоровья и при необходимости проведения лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

## Литература

1. Мамедова Ф.М., Гитаятова Л.А. и др. *Особенности течения постковидного периода у детей с гипермобильным синдромом* // Материалы XIX Съезда педиатров России. – 2022. – С. 149.

## Состояние новорождённых у пациенток с самопроизвольными выкидышами в анамнезе

<sup>1</sup>Иванникова В.М., врач акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики;

<sup>2,3</sup>Козаренко О.Н., канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог.

<sup>1</sup>Городская клиническая больница №29 им. Н.Э. Баумана, г. Москва;

<sup>2</sup>Яковлевская центральная районная больница, г. Строитель;

<sup>3</sup>Воронежский государственный университет инженерных технологий, г. Воронеж.

E-mail: verona77@mail.ru;

моб. тел.: +7 (961) 0590586.

Проведён анализ состояния новорождённых (вес, длина, оценка по шкале Апгар) у пациенток с невынашиванием беременности в анамнезе. Достоверных различий вышеуказанных показателей у пациенток с привычным невынашиванием по сравнению со спорадическими выкидышами и группой контроля выявлено не было.

**Ключевые слова:** новорождённый, рост, вес, шкала Апгар, невынашивание беременности.

*The article analyzes the state of newborns (weight, length, Apgar score) in patients with a history of miscarriage. No significant difference was found between patients with recurrent miscarriages compared with sporadic miscarriages and the control group.*

*Keywords:* birth, height, weight, Apgar score, miscarriage.

**Актуальность.** Известно, что пациентки с невынашиванием беременности в анамнезе являются группой риска по развитию плацентарной недостаточности [1, 2], что объясняется схожими причинами возникновения вышеуказанных состояний [3–7].

**Цель исследования** — оценить состояние новорождённых (вес, длина, оценка по шкале Апгар) у пациенток с привычным и спорадическим невынашиванием беременности в анамнезе.

**Материалы и методы.** Был проведён анализ 555 клинических историй родов у пациенток с одноплодной доношенной беременностью, отобранных методом систематической вероятностной выборки. Пациентки были разделены на три группы: с привычным невынашиванием в анамнезе (два и более выкидышей, n=19), со спорадическими выкидышами в анамнезе (n=65) и без невынашивания в анамнезе (группа контроля, n=478). Оценивали вес, длину новорождённых и их оценку по шкале Апгар на первой и пятой минутах. Достоверность различий оценивали с помощью критерия Стьюдента для непарных выборок (GraphPad Prism 9.0). Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Вес новорождённых у пациенток с привычным невынашиванием в анамнезе, родоразрешённых на доношенном сроке беременности, был ниже (3124,31±790,76 г), чем у женщин со спорадическими выкидышами (3377,88±549,63 г) и в группе контроля (3311,53±555,47 г), но эти различия не были достоверными ( $p_{1-2}=0,12$ ;  $p_{2-3}=0,37$ ;  $p_{1-3}=0,16$ ). Длина новорождённых также не имела достоверных различий во всех группах (50,37±6,08; 52,22±3,75; 51,94±3,51 см соответственно) ( $p_{1-2}=0,06$ ;  $p_{2-3}=0,56$ ;  $p_{1-3}=0,11$ ).

Оценка по шкале Апгар на первой минуте была ниже у пациенток с привычным невынашиванием (6,89±0,74 балла) по сравнению со спорадическими выкидышами (7,11±0,56 балла) и группой контроля (7,00±0,57 балла), однако данные различия также были недостоверными ( $p_{1-2}=0,61$ ;  $p_{2-3}=0,17$ ;  $p_{1-3}=0,41$ ).

Те же закономерности наблюдались для оценки по шкале Апгар на пятой минуте (7,74±0,73; 7,97±0,47; 7,90±0,55 балла соответственно) ( $p_{1-2}=0,10$ ;  $p_{2-3}=0,56$ ;  $p_{1-3}=0,21$ ).

**Заключение.** Таким образом, выявлено снижение всех вышеуказанных показателей у пациенток с привычным невынашиванием по сравнению с женщинами со спорадическими выкидышами и группы контроля, которое, однако, не является достоверным.

## Литература

1. Радзинский В.Е. и др. Прогнозы лечения невынашивания беременности в I триместре прогестагенами // Гинекология. — 2006. — Т. 8. — №4. — С. 15–19.
2. Серов В.Н. и др. Плацентарная недостаточность в клинике невынашивания беременности // РМЖ. — 2003. — Т. 11. — №16. — С. 938–940.
3. Лебедева О.П. и др. Невынашивание беременности как проблема иммунного конфликта // Проблемы репродукции. — 2014. — Т. 20. — №6. — С. 88–91.
4. Лебедева О.П., Курко Р. Экспрессия толл-подобных рецепторов в женском репродуктивном тракте и её гормональная регуляция (обзор) // Научные результаты биомедицинских исследований. — 2018. — Т. 4. — №3. — С. 3–17.
5. Самборская Н.И. и др. Особенности микробиоценоза половых путей у беременных, угрожаемых по развитию послеродового эндометрита // Медицина и образование в Сибири. — 2012. — №2.
6. Лебедева О.П. и др. Роль системы врождённого иммунитета, генетических факторов и антиоксидантных ферментов в патогенезе послеродового эндометрита // Научные ведомости БелГУ. — 2011. — Т. 16. — №111. — С. 25–30.
7. Ивашова О.Н. и др. Антимикробные пептиды в патогенезе инфекционных осложнений в акушерстве и гинекологии // Журнал акушерства и женских болезней. — 2014. — Т. 63. — №5. — С. 73–81.

## Распространённость и характерные особенности малых аномалий развития сердца у детей первого года жизни

Иванова И.Е., докт. мед. наук, проф. кафедры педиатрии;

Агандеева М.С., Родионов В.А., Сергеева Т.А.

Институт усовершенствования врачей, Чувашия.

E-mail: ivanova57@list.ru; моб. тел.: +7 (960) 313 5809.

**Анализ результатов 3043 эхокардиограмм детей 16–111-дневного возраста показал широкое распространение малых аномалий развития сердца (МАРС), среди которых преобладали ложные хорды митрального клапана (97,3%), открытое овальное окно (82,8%), межпредсердные сообщения (12,9%), аневризмы межпредсердной перегородки (10,8%), остальные аномалии встречались гораздо реже. Учитывая клиническое значение МАРС, необходимо диспансерное наблюдение за детьми с данными эхофеноменами для уточнения диагноза и раннего выявления возможных осложнений.**

**Ключевые слова:** МАРС, дети, распространённость, диспансерное наблюдение.

*Analysis of the results of 3043 echocardiograms of children aged 16–111 days showed a wide spread of minor heart anomalies, among which false mitral valve chords (97.3%), open foramen ovale (82.8%), interatrial messages (12.9%), atrial septal aneurysms (10.8%) prevailed, other anomalies were much less common. Given the clinical significance of minor heart anomalies, it is necessary to follow up*

children with these echocardiographic phenomenon for early detection of possible complications.

**Keywords:** minor heart anomalies, children, prevalence, dispensary observation.

**Актуальность.** МАРС — анатомические изменения архитектуры сердца и магистральных сосудов, не приводящие к грубым нарушениям функций сердечно-сосудистой системы, причиной возникновения которых является наследственно детерминированная соединительнотканная дисплазия сердца [1]. Частота выявления МАРС при эхокардиографическом исследовании (ЭхоКГ) среди детей колеблется от 40 до 70% [2–5]. МАРС в ряде случаев являются основой кардиоваскулярной патологии у детей, вместе с тем некоторые исследователи считают их вариантом нормы [6]. Джеймс Прист с соавт. установил, что дети с Minor heart defect at birth, которые не наблюдались у кардиологов, имеют повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний в более позднем возрасте, у них в 13 раз выше вероятность развития хронической сердечной недостаточности, в 5 раз — инсульта, в 2 раза — острого коронарного синдрома [7].

**Цель исследования** — выявить распространённость и структуру МАРС по данным ЭхоКГ у детей первых месяцев жизни на профилактическом осмотре.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты 7066 ЭхоКГ детей (5581 мальчик [51,2%], 1485 девочек [48,8%]) в возрасте 16–111 дней в городской детской клинической больнице г. Чебоксары в период с 2020 по 2022 год. Исследования проводились на стационарных ультразвуковых сканерах экспертного класса Philips Affiniti 70.

**Результаты.** При оценке результатов использовалась классификация С.Ф. Гнусаева (2001) [8], согласно которой мы установили, что наиболее частыми являются аномалии предсердий и межпредсердной перегородки в виде открытого овального окна в 82,8±0,68% случаев, аневризмы межпредсердной перегородки — в 10,8±0,56, межпредсердного сообщения — в 12,9±0,61%, ложные хорды митрального клапана встречаются в 97,3±0,29% случаев, несколько реже наблюдаются аномалии аорты (дилатация синусов Вальсальвы) — в 5±0,13%, левого желудочка (трабекулы левого желудочка) — в 2,2±0,2%, другие анатомические варианты МАРС составляют доли процентов.

**Заключение.** Большая распространённость МАРС, и прежде всего открытого овального окна и ложных хорд, выявленная в первые месяцы жизни, требует дальнейшего наблюдения за детьми в целях как уточнения диагноза, так и своевременной профилактики развития патологических состояний.

## Литература

1. Кардиология детского возраста / Под ред. А.Д. Царегородцева, Ю.М. Белозерова, Л.В. Брегель. — М., 2014. — 784 с.
2. Мухсинова М.Х., Хуржаева Ф.С., Абдквохидов Ж.З. Малые аномалии сердца у детей // *Re-health journal*. — 2021. — №2. — С. 173–181.
3. Земцовский Э.В., Малев Э.Г., Лобанов М.Ю. и др. Малые аномалии сердца // *Российский кардиологический журнал*. — 2012. — №1 (93). — С. 77–81.
4. Сметанин М.Ю., Нургулиева С.Ю., Кононова Н.Ю. и др. Малые аномалии сердца как проявление дисплазии соединительной ткани: современные методы диагностики // *Практическая медицина*. — 2019. — №17 (2). — С. 28–31.
5. Карпун И.Н. Выявляемость малых аномалий и врождённых пороков сердца у детей в рамках профилактического осмотра. — URL: [http://elib.usma.ru/bitstream/usma/4786/1/USMU\\_Sbornik\\_statei\\_2021\\_006.pdf](http://elib.usma.ru/bitstream/usma/4786/1/USMU_Sbornik_statei_2021_006.pdf).

6. Гнусаев С.Ф., Белозёров Ю.М., Виноградов А.Ф. Клиническое значение малых аномалий сердца у детей // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. — 2008. — №2. — С. 39–43.

7. Prist.D. Minor heart defects birth shown to increase risk for cardiac disease later in life, *Stanford study finds* *Stanford Childrens Health*. — 2019, March 1.

8. Гнусаев С.Ф., Белозёров Ю.М., Виноградов А.Ф. Классификация малых аномалий сердца // *Вестник аритмологии*. — 2000. — №18. — С. 76.

## Диагностика хромосомных аномалий у детей с врождёнными пороками и/или задержкой развития

**Канивец И.В.**, канд. мед. наук.

Медико-генетический центр «Геномед»;  
Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования.

E-mail: [dr.kanivets@genomed.ru](mailto:dr.kanivets@genomed.ru); моб. тел.: +7 (925) 153 5045.

**Ретроспективный анализ результатов хромосомного микроматричного анализа 6515 пациентов с врождёнными пороками и/или задержкой развития показал выявляемость причин заболевания, равную 18,6%. Полученные показатели позволяют рекомендовать данное исследование в качестве теста первой линии для этой группы пациентов при отсутствии у них признаков известных генных или хромосомных синдромов.**

**Ключевые слова:** хромосомные аномалии, врождённые пороки развития, задержка развития, хромосомный микроматричный анализ.

*A retrospective analysis of the results of chromosomal microarray analysis of 6515 patients with congenital malformations and/or developmental delay showed pathogenic variants in 18.6% patients. This data allow us to recommend chromosomal microarray analysis as a first-line test for this group of patients, in the absence of signs of known gene or chromosomal syndromes.*

**Keywords:** Chromosomal anomalies, congenital malformations, developmental delay, chromosomal microarray analysis.

**Актуальность.** Оценка вклада хромосомной патологии в этиологию врождённых пороков развития (ВПР) и задержки развития остаётся неоднозначной. По данным различных исследователей, частота хромосомной патологии у больных с ВПР и задержкой развития составляет от 10 до 25% [1]. Такие различия обусловлены неодинаковыми клиническими критериями отбора в обследованных группах пациентов, методическими особенностями и подходами к классификации обнаруженных изменений.

В течение более чем 35 лет стандартное цитогенетическое исследование являлось тестом первой линии для выявления генетических нарушений у пациентов с задержкой развития/умственной отсталостью (ЗР/УО). Оно позволяет выявлять числовые и структурные аномалии хромосом в геноме, но имеет существенные ограничения в разрешающей способности, зачастую не превышающей 8–10 Мб. Хромосомный микроматричный анализ (ХМА) в настоящее время является рекомендованным клиническим диагностическим тестом первой линии для пациентов со множественными врождёнными пороками развития (МВПР), ЗР/УО неизвестной этиологии. ХМА определяет вариации числа копий ДНК (copy number variations, CNV) в геноме с более высоким разрешением, чем стандартное

цитогенетическое исследование. В исследованиях, использующих SNP-микроматрицы для обследования цитогенетически нормальных пациентов с МВПР, ЗР/УО, была показана потенциальная диагностическая эффективность 20–30% [2, 3].

**Цель исследования** – оценить распространённость и типы хромосомных аномалий у пациентов с МВПР, комплексами малых аномалий развития (МАР), ЗР/УО и расстройствами аутистического спектра (РАС) за период с 2013 по 2019 год.

**Материалы и методы.** Методом ХМА с использованием микроматриц высокой плотности были обследованы 6516 пациентов с МВПР, ЗР/УО, РАС и МАР. Интерпретация результатов исследования проводилась с помощью программы Chromosome analysis suite и баз данных OMIM, DECIPHER, ClinVar и других. Классификация обнаруженных вариаций числа копий осуществлялась на основании рекомендаций ACMG.

**Результаты.** В результате проведённого анализа причина заболевания была обнаружена у 1212 (18,6%) пациентов, у 4868 (74,7%) пациентов хромосомный дисбаланс отсутствовал, а 436 (6,7%) пациентов имели варианты, возможно относящиеся к причине заболевания.

**Заключение.** Полученные нами результаты указывают на обоснованность использования ХМА в качестве теста первой линии вместо стандартного кариотипирования в постнатальной диагностике при наличии у ребёнка МВПР и/или ЗР/УО при отсутствии признаков известных хромосомных или моногенных синдромов.

## Литература

1. Miller D.T. et al. Consensus statement: chromosomal microarray is a first-tier clinical diagnostic test for individuals with developmental disabilities or congenital anomalies // *Am. J. Hum. Genet.* – 2010. – Vol. 86. – P. 749–764.
2. Gill K., Sasaki J., Jayakar P. et al. Chromosomal microarray detects genetic risks of neurodevelopmental disorders in newborns with congenital heart disease // *Cardiology in the Young.* – 2021. – №31 (8). – P. 1275–1282.
3. Ana C.V., Krepischi et al. Chromosomal microarray analyses from 5,778 patients with neurodevelopmental disorders and congenital anomalies in Brazil // *medRxiv* 2022.03.08.22272093. – URL: <https://doi.org/10.1101/2022.03.08.22272093>.

## Показатели состояния железа в крови новорождённых, зачатых по технологии ЭКО

**Каширская Е.И.**, докт. мед. наук, зав. кафедрой педиатрии и неонатологии;

**Проватар Н.П.**, аспирант кафедры педиатрии и неонатологии.

Астраханский государственный медицинский университет.

E-mail: [kmn2001@mail.ru](mailto:kmn2001@mail.ru);

моб. тел.: +7 (960) 861 1375.

Интерес представляет сравнение метаболизма железа у недоношенных детей, рождённых по технологии ЭКО, и доношенных детей, рождённых после традиционного зачатия, так как такие исследования проводятся впервые и могут способствовать повышению качества выхаживания детей. Согласно полученным данным, недоношенные дети, рождённые по процедуре ЭКО, имели достоверные различия с недоношенными детьми, рождёнными в результате традиционного зачатия, по четырём показателям: уровню ферритина,

ферритиновому индексу, уровню растворимого рецептора трансферрина, проценту насыщения трансферрина железом.

**Ключевые слова:** недоношенные дети, технология ЭКО, обмен железа.

*Of interest is the comparison of iron metabolism in premature infants born using IVF technology and premature infants born after conventional conception, because such studies are being conducted for the first time and may contribute to improving the quality of care for such children. According to the data obtained, premature babies born through the IVF procedure had significant differences with premature babies born as a result of traditional conception in four indicators: level of ferritin, the ferritin index, the level of soluble transferrin receptor, the percentage of transferrin saturation with iron.*

*Keywords: MRI, pregnant women, fetal malformations.*

**Актуальность.** Быстрое развитие технологии экстракорпорального оплодотворения (ВРТ) привело к необходимости исследовать особенности патологии у детей, рождённых с помощью ЭКО [1]. Особый интерес представляет сравнение метаболизма железа у недоношенных детей, рождённых по технологии ВРТ, и недоношенных детей, рождённых после традиционного зачатия, так как такие исследования проводятся впервые и могут способствовать повышению качества выхаживания детей.

**Цель исследования** – провести сравнительное изучение показателей обмена железа и, в частности, сывороточного рецептора трансферрина (sTfR), ферритина, ферритинового индекса (sTfR/log Fer) и других составляющих у детей, рождённых по технологии ЭКО, и детей, рождённых после традиционного зачатия.

**Материалы и методы.** С целью изучения состояния обмена железа у новорождённых детей в зависимости от гестационного возраста была изучена пуповинная кровь 28 детей гестационного возраста 26–36 нед, рождённых по технологии ЭКО, 27 недоношенных детей, рождённых после традиционного зачатия, и 38 доношенных новорождённых гестационного возраста 38–42 нед, в том числе 20 рождённых после традиционного зачатия и 18 рождённых по технологии ЭКО. Исследованы основные показатели гемограммы и основные показатели феррокинетики.

**Результаты.** Уровень ферритина у детей исследуемой группы достоверно ниже, чем у недоношенных детей, рождённых в результате традиционного зачатия того же гестационного возраста. Ферритиновый индекс у детей группы исследования достоверно выше, чем у недоношенных детей, рождённых в результате традиционного зачатия того же гестационного возраста. Уровень растворимого рецептора трансферрина у недоношенных детей, рождённых по процедуре ЭКО, достоверно выше, чем у недоношенных детей, рождённых в результате традиционного зачатия того же гестационного возраста, и у доношенных детей. Процент насыщения трансферрина железом у недоношенных детей, рождённых по процедуре ЭКО, не отличается от показателя насыщения трансферрина железом у доношенных здоровых детей, в отличие от недоношенных детей, рождённых в результате традиционного зачатия. У данной категории детей этот процент достоверно ниже.

**Заключение.** В результате проведённого исследования выявлены характерные различия показателей обмена железа у недоношенных детей, рождённых по процедуре ЭКО, и у недоношенных детей, рождённых в результате традиционного зачатия.

Свежие знания  
к вашему столу



## ЖУРНАЛ StatusPraesens для педиатров и неонатологов

### Как подписаться?

- ✓ На сайте [praesens.ru](http://praesens.ru) в разделе «Журналы/Журнал "StatusPraesens. Педиатрия и неонатология" / Как подписаться».  
**Оплата online банковской картой.**

- ✓ **В почтовых отделениях по каталогам:**
  - Каталог «Почта России» – индекс **ПН350**
  - Объединённый каталог «Пресса России» – индекс **33026**
  - ФГУП «Почта Крыма» – индекс **22841**
  - Каталоги стран СНГ – 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: [ea@praesens.ru](mailto:ea@praesens.ru);  
или по тел.: +7 (901) 723 2273

- ✓ **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 

Отдел продвижения издательских проектов StatusPraesens. Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3

 +7 (901) 723 2273

 [ea@praesens.ru](mailto:ea@praesens.ru)

 [praesens.ru](http://praesens.ru)

StatusPraesens  
*profmedia*

## Литература

1. Bergh C., Wennerholm U-B. Long-term health of children conceived after assisted reproductive technology // *Ups. J. Med. Sci.* – 2020. – №125 (2). – P. 152–157.

## Отдалённые последствия лечебной гипотермии новорождённых: плюсы и минусы

<sup>1,2</sup>Коротаева Н.В., канд. мед. наук, доц. кафедры неонатологии и педиатрии, врач-неонатолог;

<sup>1</sup>Ипполитова Л.И., докт. мед. наук, зав. кафедрой неонатологии и педиатрии;

<sup>1</sup>Селютин Д.Г., ординатор кафедры неонатологии и педиатрии.

<sup>1</sup>Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко;

<sup>2</sup>Воронежская областная клиническая больница №1, перинатальный центр, отделение патологии новорождённых и недоношенных детей.

E-mail: korotaeva.nv@mail.ru;

моб. тел.: +7 (903) 653 0908.

Перинатальная гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) является причиной смерти новорождённых в 23% случаев (1,5–2 на 1000 рождений) в развитых странах [1, 2], в то время как в странах с ограниченными ресурсами данное число может достигать до 26 на 1000 [3]. Нарушение мозгового кровотока на фоне гипоксии является основным механизмом повреждения головного мозга после интранатальной гипоксии-ишемии, которая приводит к двум фазам энергетического сбоя. В развитии данного состояния существует терапевтическое окно, когда нарушение церебрального окислительного метаболизма может хотя бы частично восстановиться до необратимого нарушения функции митохондрий. Именно эта латентная фаза является «окном возможностей» для нейропротективного использования терапевтической гипотермии. Данная методика, имеющая как неоспоримые преимущества, так и существенные недостатки, всё ещё является объектом обсуждения и споров специалистов разных областей, а оценка дальнейшего нервно-психического и физического развития — целью множества научных исследований.

**Ключевые слова:** перинатальная гипоксически-ишемическая энцефалопатия, терапевтическая гипотермия, новорождённые.

*Perinatal hypoxic-ischemic encephalopathy (GIA) is the cause of neonatal death in 23% of cases (1.5–2 per 1000 births) in developed countries [1, 2], while in countries with limited resources this number can reach up to 26 per 1000 [3]. Violation of cerebral blood flow on the background of hypoxia is the main mechanism of brain damage after intranatal hypoxia-ischemia, which leads to two phases of energy failure. In the development of this condition, there is a therapeutic window when a violation of cerebral oxidative metabolism can at least partially recover to irreversible mitochondrial dysfunction. It is this latent phase that is the «window of opportunity» for the neuroprotective use of therapeutic hypothermia. This technique, which has both undeniable advantages and significant disadvantages, is still the subject of discussion and debate among specialists in various fields, and the assessment of further neuropsychiatric and physical development is the goal of many scientific studies.*

**Keywords:** perinatal hypoxic-ischemic encephalopathy, therapeutic hypothermia, newborns.

**Актуальность.** Новорождённые, которые перенесли перинатальную асфиксию, являются угрожаемыми по развитию ГИЭ. Несмотря на достижения в области перинатальной помощи, ГИЭ средней и тяжёлой степени у поздних недоношенных и доношенных новорождённых остаётся важной причиной смертности, острого неврологического повреждения и последующей длительной неврологической инвалидности. В последнее время использование терапевтической гипотермии в терапии ГИЭ становится рутинной практикой, так как является единственным разрешённым методом, который может в большинстве случаев эффективно и безопасно снижать неблагоприятные последствия неврологических событий.

**Цель исследования** — изучить особенности метода терапевтической гипотермии, взяв за основу анамнестические данные, диагностические критерии и проведённое лечение, а также проанализировать отдалённые последствия влияния терапевтической гипотермии у новорождённых, перенёсших гипоксически-ишемическую энцефалопатию.

**Материалы и методы.** В проведённом исследовании участвовали 30 новорождённых, получивших аппаратную гипотермию с системой терморегуляции Allon 2001 в отделении реанимации и интенсивной терапии №5 БУЗ ВО ВОКБ №1 «Перинатальный центр». Критериями включения в исследование являлись гестационный возраст более 35 нед, фактический возраст менее 6 ч жизни, масса тела более 1800 г, признаки тяжёлой асфиксии (по шкале Апгар 0–3 балла). Перед исследованием всем новорождённым исключали наличие внутрижелудочковых и паренхиматозных кровоизлияний с помощью метода нейросонографии. Запись ЭЭГ производилась на протяжении всего периода гипотермического воздействия и через сутки после его прекращения. Степень тяжести ГИЭ оценивалась по шкале Sarnat, нервно-психическое развитие (НПР) — по шкале Tompson (1–4-е, 7-е сутки жизни), шкале КАТ/КЛАМС (6, 12 мес), физическое развитие — по шкале ВОЗ Anthro (10-й день жизни, 6 и 12 мес).

**Результаты.** Согласно данным историй болезни, все женщины имели отягощённый соматический и акушерско-гинекологический анамнез, что в свою очередь могло явиться причиной асфиксии плода. После воздействия аппаратной гипотермией у новорождённых на ЭЭГ отмечались положительные изменения биоэлектрической активности головного мозга и периодически регистрируемые судорожные пароксизмы. Исходя из результатов оценки физического развития по шкале ВОЗ Anthro, все новорождённые дети, подвергшиеся терапевтической гипотермии, имели среднегармоническое развитие во все возрастные периоды. НПР по шкале Tompson на 7-й день жизни было определено следующим образом: пять детей — 4 балла, шесть детей — 5 баллов, восемь детей — 6 баллов, семь детей — 8 баллов, четыре ребёнка — 9 баллов. По шкале КАТ/КЛАМС в 6 мес у 85% испытуемых детей НПР соответствовало возрасту, к 12 мес данное соответствие наблюдалось у 95%.

**Заключение.** Метод терапевтической гипотермии на сегодняшний день является единственным вариантом лечения ГИЭ, но не стоит забывать, что данный подход имеет как значительные преимущества, так и недостатки. Поэтому перед специалистами в области педиатрии и неонатологии стоит вопрос о продолжении совершенствования методики лечения ГИЭ с целью снижения отдалённых неврологических последствий и смертности.

## Литература

1. Kurinczuk J.J., White-Koning M., Badawi N. Epidemiology of neonatal encephalopathy and hypoxic-ischaemic encephalopathy // *Early Hum. Dev.* – 2010. – Vol. 86. – P. 329–338.
2. Juul S.E., Ferrero D.M. Pharmacologic neuroprotective strategies in neonatal brain injury // *Clin. Perinatol.* – 2014. – Vol. 41. – P. 119–131.
3. Black R.E., Cousens S., Johnson H.L. et al. For the child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: A systematic analysis // *Lancet.* – 2010. – Vol. 375. – P. 1969–1987.

## Рецидивирующие вагиниты у девочек – междисциплинарная проблема детского возраста

**Костоева З.А.**, докт. мед. наук, доц.;

**Чеботарева Ю.Ю.**, докт. мед. наук.

Ингушский государственный университет, Республика Ингушетия, г. Маас.

E-mail: kostoeva.zareta;

моб. тел.: +7 (928) 096 5606.

**У девочек дошкольного возраста большое внимание должно уделяться развитию и поддержанию микробиоты влагалища. К факторам риска рецидивирующего вагинита относят частые респираторные инфекции и рекуррентные инфекции мочевых путей. Проведён анализ региональной частоты вагинита диспансерной группы часто болеющих девочек, рекуррентной инфекции мочевых путей у дошкольниц.**

**Ключевые слова:** вагинит, девочки, междисциплинарный подход.

*In preschool-age girls, much attention should be paid to the development and maintenance of the vaginal microbiota. Risk factors for recurrent vaginitis include frequent respiratory infections and recurrent urinary tract infections. The analysis of the regional frequency of vaginitis, the dispensary group of frequently ill girls, recurrent urinary tract infections in preschoolers was carried out.*

**Keywords:** vaginitis, girls, interdisciplinary approach.

**Актуальность.** У девочек-дошкольниц большое внимание должно уделяться развитию и поддержанию микробиоты влагалища, так как именно в детстве начинаются проблемы, связанные с дисбиозом влагалища, включая рецидивирующие формы бактериального вагинита [1, 2]. Последний проявляется у дошкольниц с частыми острыми респираторными инфекциями и инфекциями мочевых путей (ИМП) [3, 4]. При диспансерном наблюдении таких пациенток необходим междисциплинарный подход с участием врача акушера-гинеколога и педиатра участкового [2]. Отмечено, что в данных когортах пациенток отмечается тяжёлое рецидивирующее течение вагинита, при этом лечение антибактериальными и антисептическими средствами оказывается неэффективным [5].

**Цель исследования** – изучить региональную распространённость вагинита, простудных заболеваний, ИМП у девочек-дошкольниц.

**Материалы и методы.** Проведён сравнительный анализ региональной частоты вагинита диспансерной группы часто болеющих девочек (ЧБД), рекуррентных ИМП у дошкольниц в возрасте 3–6 лет. Статистическая обработка исходных рядов признаков выполнена на персональном компьютере с использованием лицензионных пакетов прикладной программы SPSS Statistics 17,0 for Windows.

**Результаты.** Выявлен ряд проблем оказания педиатрической и акушерско-гинекологической помощи, связанных с некоторыми особенностями региональных национальных традиций, менталитетом. Установлено, что у девочек-дошкольниц имеется высокая частота ИМП, увеличение доли ЧБД и распространённости в этих диспансерных группах вагинита. Это подтверждает мнение ведущих специалистов о том, что в периоде детства нередко отмечают частые простудные заболевания и инфекции мочевых путей [6]. Так, частота диспансерной группы ЧБД находилась на стабильно высоком уровне с 2013 по 2016 год, при этом с 2017 г. наблюдалась достоверная тенденция к снижению в 1,4 и 1,5 раза соответственно (10,7; 10,4 против 15,2% в 2013 г.) ( $p < 0,05$ ). Установлено, что достоверное увеличение распространённости вагинита коррелирует с ростом частоты ИМП ( $r = 0,76$ ;  $p < 0,05$ ) и ЧБД ( $r = 0,72$ ;  $p < 0,05$ ). Значимое снижение распространённости вагинита было связано со снижением частоты ЧБД ( $r = 0,78$ ;  $p < 0,05$ ) и пациенток с ИМП ( $r = 0,82$ ;  $p < 0,05$ ). Считают, что у ЧБД из-за хронических заболеваний страдают отдельные звенья иммунитета, но основной патологией являются хронические заболевания, а острые респираторные инфекции считаются клиническим проявлением или осложнением этих хронических заболеваний [7]. Установлено, что у девочек-дошкольниц с частыми простудными заболеваниями и пациенток с ИМП отмечаются достоверно чаще рецидивирующие, хронические формы вагинита, реже – острый характер и отсутствие воспаления в области вульвы и влагалища ( $p < 0,05$ ). В отличие от этого у пациенток дошкольного возраста с изолированными формами вагинита преобладали острые формы (85,4 против 14,6%,  $p < 0,001$ ).

**Закключение.** Полученные данные свидетельствуют, что вагинит на фоне экстрагенитальной патологии – тяжёлое воспалительное заболевание, устойчивое к стандартному лечению. Отсутствие коррекции и реабилитации гинекологической патологии в данной когорте пациенток может привести к стойким нарушениям вагинального микробиоценоза. Санацию влагалища девочки можно рассматривать как один из вариантов преградивидарной подготовки.

## Литература

1. Чеботарева Ю.Ю., Летифов Г.М., Карапетян-Мищенко А.Г. и др. Особенности гормонального статуса и адаптационных реакций при вульвовагинитах у девочек-дошкольниц с различными заболеваниями органов мочевой системы // *Вестник Дагестанской государственной медицинской академии.* – 2016. – №18 (1). – С. 56–61.
2. Чеботарева Ю.Ю., Костоева З.А., Летифов Г.М. Междисциплинарный подход к решению проблемы бактериальных вульвовагинитов у девочек с инфекциями мочевыделительной системы // *Медицинский совет.* – 2018. – №13. – С. 124–129.
3. Чеботарева Ю.Ю., Сависько А.А., Костоева З.А. Особенности гормонального статуса при вульвовагинитах у часто болеющих детей // *Медицинский вестник Юга России.* – 2014. – №1. – С. 102–105.
4. Летифов Г.М., Чеботарева Ю.Ю., Костоева З.А. Особенности комплексного лечения вульвовагинита у девочек-дошкольниц с различными формами пиелонефрита // *Нефрология.* – 2017. – Т. 21. – №5. – С. 59–64.
5. Костоева З.А., Чеботарева Ю.Ю., Богатырева Л.Н. и др. Медико-социальные факторы риска рецидивирования вульвовагинита у девочек с инфекциями мочевых путей // *Нефрология.* – 2020. – №5. – С. 72–76.
6. Летифов Г.М., Чеботарева Ю.Ю., Костоева З.А. К вопросу о дисбиозе влагалища у девочек с инфекциями мочевыделительной системы // *Нефрология.* – 2019. – №23 (3). – С. 49–53.

7. Самсыгина Г.А. Ещё раз о проблемах понятия «часто болеющие дети» // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. — 2016. — Т. 95. — №4. — С. 209–215.

## Хроническая гранулёматозная болезнь — выздоровление возможно!

**Кузнецова А.А.**, докт. мед. наук, проф. кафедры факультетской педиатрии, пульмонолог;

**Гольцман Е.А., Петрова С.И., Соломатина Н.М., Графская И.И., Пешехонова Ю.В.**

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

E-mail: [pediatr-kuznetsova@yandex.ru](mailto:pediatr-kuznetsova@yandex.ru);

моб. тел.: +7 (906) 256 4341.

**Хроническая гранулёматозная болезнь (ХГБ) — первичный иммунодефицит (ПИД). ХГБ (≈1:250 000) — заболевание, вызванное мутациями в любом из пяти компонентов NADPH оксидазы в фагоцитарных лейкоцитах [1]. Этот фермент вырабатывает супероксид, необходимый для внутриклеточного уничтожения патогенов фагоцитами [3].**

**Ключевые слова:** первичный иммунодефицит, хроническая гранулёматозная болезнь, дети, фагоцитоз.

*Chronic granulomatous disease (CGD) — Primary immunodeficiency (PID) CGD is (≈1:250,000) a disease caused by mutations in any of the five components of NADPH oxidase in phagocytic leukocytes. This enzyme produces superoxide necessary for the intracellular destruction of pathogens by phagocytes.*

**Keywords:** primary immunodeficiency, chronic granulomatous disease, children, phagocytosis.

**Цель исследования** — анализ клинической картины пациентов с хронической гранулёматозной болезнью.

**Материалы и методы.** Обследованы 46 пациентов с диагнозом «первичный иммунодефицит».

**Результаты.** В исследование включена группа из 46 детей в возрасте от 4 мес до 17 лет, в их числе 32 (69,6%) мальчика и 14 (30,4%) девочек. Пять мальчиков (10%) от всех пациентов с ПИД были с нарушениями фагоцитоза с генетической подтверждённой хронической гранулёматозной болезнью. Заболевание дебютировало на первом году жизни у всех детей (средний возраст — 4 мес). Возраст постановки диагноза — 4,2 года (от 1 до 7 лет). В дебюте заболевания у всех детей, начиная с периода новорождённости, отмечались гнойничковые заболевания кожи (везикуллопукулёз), афтозные стоматиты, парапроктиты, энтероколиты, лимфадениты. У одного ребёнка манифестацией заболевания была длительная лихорадка без видимых клинических симптомов и с последующим развитием менингоэнцефалита с высевом в крови *Candida guilliermondii*. Со стороны дыхательной системы основными инфекционными осложнениями были рецидивирующие пневмонии с тяжёлым и затяжным течением с формированием фиброзных изменений в лёгких, а также диффузные гранулёматозные интерстициальные изменения в лёгких у трёх пациентов [2]. У двух детей в возрасте 7 лет диагностированы множественные абсцессы печени. У обследуемых пациентов отмечалось снижение окислительной активности гранулоцитов по Фагобурст-тесту. При проведении генетического теста в 100% случаев выявлена мутация в гене *CYBB*. У большинства пациентов имелсяотягощённый семейный анамнез — смерть

близких родственников в периоде новорождённости и более старшем возрасте от иммунодефицита, у одного пациента были родственники с подтверждённым диагнозом ХГБ. Пациенты получали длительную антибактериальную, противогрибковую, гормональную терапию, трём пациентам назначены антагонисты рецепторов интерлейкина-1. Трём пациентам была проведена трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) в следующем возрасте: в 1 год 4 мес, в 7 лет, в 13 лет. Все дети благополучно перенесли трансплантацию с полным приживлением донорских клеток, в настоящее время ведут обычный образ жизни.

**Закключение.** Клинические проявления ХГБ дебютируют на первом году жизни, ХГБ при естественном течении является жизнеугрожающим состоянием, но при своевременной диагностике, адекватном лечении и правильно выбранном времени проведения ТГСК возможно полное выздоровление от этого тяжёлого первичного иммунодефицита. Своевременная комплексная диагностика первичного иммунодефицита крайне важна для назначения адекватной терапии и влияния на исход заболевания.

## Литература

1. Reinhard A. Seger. Chronic granulomatous disease 2018: advances in pathophysiology and clinical management // *LymphoSign Journal*. — 2019. — Jan 28. — URL: <https://doi.org/10.14785/Lymphosign-2018-0012>.
2. Юхачева Д.В., Родина Ю.А., Лаберко А.Л. и др. Характеристика неинфекционных проявлений хронической гранулёматозной болезни в группе педиатрических пациентов // *Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии педиатрии*. — 2020. — Т. 19. — №4. — URL: <https://doi.org/10.24287/1726-1708-2020-19-4suppl-50-61>.
3. Hsin-Hui Yu et al. Chronic Granulomatous Disease: a Comprehensive Review // *Clin. Rev. Allergy Immunol*. — 2021. — Oct. — №61 (2). — P. 101–113.

## Факторы риска развития патологии новорождённых детей от матерей с хориоамнионитом

**Лобанова А.О.**, аспирант кафедры детских болезней и детских инфекций;

**Репина А.А.**, ординатор кафедры детских болезней и детских инфекций;

**Куклина С.А.**, ординатор кафедры детских болезней и детских инфекций.

Руководитель: **Филиппов Е.С.**, докт. мед. наук, проф. кафедры детских болезней и детских инфекций.

Иркутский государственный медицинский университет.

E-mail: [kmorians@mail.ru](mailto:kmorians@mail.ru);

моб. тел.: +7 (950) 110 9051.

**В ходе проведённого исследования на основании анализа соматического и репродуктивного статуса женщин выявлены наиболее частые факторы риска развития патологии новорождённых детей от матерей с хориоамнионитом.**

**Ключевые слова:** хориоамнионит беременных, факторы риска, патология новорождённых.

*In the course of the study, based on the analysis of the somatic and reproductive status of women, the most frequent risk factors for the development of pathology of newborn children from mothers with chorioamnionitis were identified.*

**Keywords:** Chorioamnionitis of pregnant women, risk factors, pathology of newborns.

**Актуальность.** Хориоамнионит (ХА) приводит к ряду поражений плода [1, 2]. По литературным данным, ХА диагностируют у 0,1–10% женщин от общего числа беременных [2, 3, 5]. Патология плаценты у 40–75% женщин приводит к нарушениям развития и заболеваемости новорождённых, а также к гибели новорождённых в 6–25% [2–4].

**Цель исследования** — определить факторы риска развития патологии у новорождённых детей от матерей с ХА и продемонстрировать значение своевременного выявления факторов риска у женщин.

**Материалы и методы.** Нами проведён ретроспективный анализ 300 историй болезни беременных на базе Иркутского городского перинатального центра. Пациенты были разделены на две группы: первая (основная) группа (150 детей) — от матерей с ХА; вторая (контрольная) группа (150 детей) — от матерей с физиологическим течением беременности. Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартного пакета программ Microsoft Office Excel 2010.

**Результаты.** Проведённое исследование позволило определить наиболее значимые факторы риска у женщин, приводящие к возникновению ХА. В первой группе выявлены: тонзиллит — в 30% случаев, пиелонефрит — в 20%, несанированный вагинит — в 20%, кишечная инфекция — в 10%, цистит — в 10%, несанированный кариес — в 5%, внебольничная пневмония — в 5%. Во второй группе детей случаев тонзиллита, пиелонефрита, вагинита, кишечной инфекции, цистита и пневмонии выявлено не было, встречались единичные случаи несанированного кариеса. Полученные нами результаты дали возможность сформировать группы высокого риска развития ХА у женщин.

Клинико-диагностические мероприятия позволили изучить заболеваемость исследуемых новорождённых детей.

Так, в первой группе среди самых распространённых патологий у новорождённых были выявлены: СДР — в 60% случаев, малый размер плода для гестационного возраста — в 30%, пневмония — в 25%, БЛД — в 23%, недоношенность — в 20%, НЭК — в 10%, ВЖК — в 8%, сепсис — в 5%, другие заболевания (желтуха, ОАП, ПВЛ, ретинопатия) отмечены в 5%, смертность среди новорождённых детей составила 15%.

Во второй группе детей данная патология встречалась в единичных случаях.

**Заключение.** Полученные нами результаты достоверно показали необходимость своевременного выявления у женщин предикторов развития ХА, своевременного клинико-диагностического мониторинга беременных женщин в группе риска, что позволит значительно снизить заболеваемость у их новорождённых детей.

## Литература

1. Туманова У.Н., Щеголев А.И. Поражения плаценты в генезе мертворождения (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2017. — №3. — С. 77–81.
2. Tita A.T., Andrews W.W. Diagnosis and management of clinical chorioamnionitis // Clin. Perinatol. — 2010. — Vol. 37. — №2. — P. 339–354.
3. Шеварева Е.А., Иванов Д.О., Невмержицкая О.В., Фёдорова Л.А. Влияние хориоамнионита матери на заболеваемость новорождённых // Журнал им. Г.Н. Сперанского. — 2021. — Т. 100. — Вып. 1. — С. 75–83.
4. Higgins R.D., Saade G., Polin R.A. et al. // Chorioamnionitis workshop participants: Summary of a workshop. — 2016. — Vol. 127. — №3. — P. 426–436.

5. Randis T.M., Polin R.A., Saade G. Chorioamnionitis: time for a new approach // Curr. Opin. Pediatr. — 2017. — Vol. 29. — №2. — P. 159–164.

## Современные возможности внутриспросветной эндоскопии при болезни Крона у детей

<sup>1,2</sup>Лохматов М.М., докт. мед. наук, зав. отделением эндоскопических исследований, проф. кафедры детской хирургии, урологии и уроандрологии;

<sup>1,2</sup>Будкина Т.Н., канд. мед. наук, врач-эндоскопист, ст. научный сотрудник отделения эндоскопических исследований.

<sup>1</sup>Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей;

<sup>2</sup>Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова.

E-mail: lokhmatov@mail.ru; моб. тел.: +7 (916) 6189220.

**Видеокапсульная эндоскопия (ВКЭ) с помощью капсулы Крона — новая перспективная эндоскопическая методика. Нами была показана её эффективность в диагностике поражений всего желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и оценке эффективности лечения при болезни Крона (БК) у детей.**

**Ключевые слова:** видеокапсульная эндоскопия, болезнь Крона, дети.

*Crohn's capsule is a new promising endoscopic technique. We have shown its effectiveness in diagnosis and treatment modifications according to the data from capsule endoscopy examination in pediatric patients with Crohn's disease.*

*Keywords: Capsule endoscopy, Crohn's disease, children.*

**Актуальность.** Внутриспросветная эндоскопия — основной метод инструментальной диагностики и мониторинга БК. При подозрении на БК диагностика включает проведение ЭГДС и илеоколоноскопии с биопсиями слизистой оболочки (СО), а также исследование тонкой кишки с помощью ВКЭ или магнитно-резонансной энтероскопии (МРЭ) [1]. ВКЭ превосходит МРЭ в оценке СО тонкой кишки [2]. Капсула Крона (Pillcam Crohn's, Medtronic) позволяет исследовать весь ЖКТ и с помощью программного обеспечения сравнивать исследования одного и того же пациента. В настоящее время недостаточно исследований возможностей и эффективности панэнтальной видеокапсулы у детей.

**Цель исследования** — показать возможности новой панэнтальной видеокапсулы Крона в диагностике и мониторинге БК у детей.

**Материалы и методы.** С июня 2021 г. ВКЭ с помощью капсулы Крона была проведена семи детям 9–17 лет с установленной БК или подозрением на неё. При этом у двух детей проведены два исследования с интервалом в 6 мес для объективной оценки эффективности лечения. Стенозы тонкой кишки были исключены у всех детей с помощью МРЭ. Подготовка к ВКЭ проводилась с помощью препарата на основе пикосульфата натрия + цитрата магния [3].

**Результаты.** При анализе исследования в программном обеспечении капсулы Крона указываются наиболее тяжёлое поражение (выделяются незначительные, умеренные, тяжёлые эрозивно-язвенные изменения и стриктуры), наиболее распространённое поражение и протяжённость поражения (в процентах) в конкретном сегменте тонкой и толстой кишки. Эти данные и выбранные изображения отображаются визуально на карте ЖКТ, что позволяет быстро сравнивать

результаты предыдущих обследований. Также программа оценивает тяжесть поражения тонкой кишки по шкале Lewis.

Из семи детей с БК у пяти выявлено поражение тонкой кишки: афтозные и язвенные изменения; постязвенные рубцы и деформация складок (у четырёх); сужения, проходимые для капсулы (у двух). Поражения тонкой кишки чаще определялись в терминальном отделе подвздошной кишки у четырёх детей и в постбульбарных отделах 12-перстной кишки у одной девочки. Патология толстой кишки выявлена у четырёх детей: у трёх – эрозивные, у одного – катаральные изменения. В желудке у пяти детей выявлены поверхностные воспалительные изменения. У одной девочки с язвенным колитом ВКЭ не выявила поражения тонкой кишки, что позволило исключить БК. У одного мальчика отмечена ремиссия БК. При сравнении двух исследований за 6 мес терапии: у одной девочки отмечена значительная положительная динамика, что было наглядно показано в виде сравнения двух отчётов (показатели по шкале Lewis 1350 против 135 баллов); у мальчика – менее выраженная динамика (1350 против 1012 баллов). Нежелательных явлений во время исследований не было. Подготовка тонкой кишки была хорошей и отличной, толстой – недостаточной. В большинстве случаев капсула завершала работу в прямой или сигмовидной кишке.

**Заключение.** Панэнтальная капсула Крона высокоэффективна в диагностике поражений всего ЖКТ при БК у детей. Сравнение с помощью программного обеспечения двух исследований пациента позволяет объективно оценить эффективность терапии и скорректировать лечение.

## Литература

1. Oliva S., Thomson M., De Ridder L. et al. Endoscopy in Pediatric Inflammatory Bowel Disease: A Position Paper on Behalf of the Porto IBD Group of the ESPGHAN // *JPGN*. – 2018. – №67 (3). – P. 414–430.
2. Goran L., Negreanu A.M., Stemate A. et al. Capsule endoscopy: Current status and role in Crohn's disease // *World J. Gastrointest. Endosc.* – 2018. – №10 (9). – P. 184–192.
3. Лохматов М.М., Потапов А.С., Будкина Т.Н. и др. Оценка эффективности препарата на основе цитрата магния и пикосульфата натрия при подготовке детей к колоноскопии // *Вопросы практической педиатрии*. – 2020. – №15 (4). – С. 32–39.

## Хроническая болезнь почек у детей, возможности диагностики кардиоренального синдрома

**Мамбетова А.М.**, докт. мед. наук, проф. кафедры общей врачебной подготовки и медицинской реабилитации;

**Бижева Д.В.**, аспирант кафедры общей врачебной подготовки и медицинской реабилитации.

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

E-mail: amm-0007@vandex.ru; моб. тел.: +7 (905) 4391190.

Хроническая болезнь почек (ХБП) является одним из существенных факторов, влияющих на развитие сердечно-сосудистых осложнений [1, 2]. Для расширения представления о кардиоренальном континууме, особенно на ранних его стадиях, необходим новый подход. Натрийуретические пептиды обладают кардио- и ренопротективными эффектами, ингибируя воспалительные и пролиферативные процессы [3, 4]. Роль натрийуретических пептидов в ранней диагностике

и характеристике ХБП и сердечно-сосудистых осложнений по мере развития и прогрессирования заболевания не исследована.

**Ключевые слова:** хроническая болезнь почек, натрийуретический пептид, кардиоренальный синдром.

*Chronic kidney disease (CKD) is one of the significant factors affecting the development of cardiovascular complications [1, 2]. To expand the understanding of the cardiorenal continuum, especially in its early stages, a new approach is needed. Natriuretic peptides have cardio and renoprotective effects by inhibiting inflammatory and proliferative processes. [3, 4]. The role of natriuretic peptides in the early diagnosis and characterization of CKD and cardiovascular complications as the disease develops and progresses has not been investigated.*

**Keywords:** chronic kidney disease, natriuretic peptide, cardiorenal syndrome.

**Актуальность.** Кардиоренальные взаимодействия у больных с заболеваниями почек носят многогранный характер. Натрийуретические пептиды (NUP) противодействуют сосудосуживающим системам [5]. Доклиническая диагностика изменений сердечно-сосудистой системы для оценки рисков, выработки стратегии и тактики ведения пациентов с ХБП является актуальной в педиатрии.

**Цель исследования** – оценить уровень натрийуретических пептидов у детей с ХБП для оценки риска развития кардиоренальных осложнений.

**Материалы и методы.** Обследованы 93 ребёнка с врождёнными заболеваниями органов мочевой системы в возрасте от 3 до 18 лет. Выделены три группы в зависимости от стадии хронической болезни почек: группу I составили 54 пациента с 1-й стадией болезни, группу II – 29 пациентов с хронической болезнью почек 2-й стадии, группу III – 10 детей с хронической болезнью почек 4–5-й стадии (пациенты с ХБП 4-й и 5-й стадий объединены ввиду их малочисленности). Контрольная группа – 10 клинически здоровых детей соответствующего возраста. Иммуноферментным методом в крови определён N-терминальный пропептид натрийуретического гормона (NT-проBNP). Стадию хронической болезни почек определяли на основании расчётной скорости клубочковой фильтрации (СКФ), которая рассчитывалась по усовершенствованной формуле Шварца (скорость клубочковой фильтрации =  $0,413 \times \text{рост (см)} : \text{креатинин сыворотки (мг/дл)}$ ). Гипертрофия миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) диагностирована при индексе массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), равном или превышающем 95-й перцентиль кривой распределения индекса для соответствующего возраста и пола. За артериальную гипертензию (АГ) приняты значения АД выше 95-го перцентиля для длины тела ребёнка.

**Результаты.** Повышение уровня NT-проBNP на 28,7% имеет место уже на ранней стадии ХБП. Сопоставление уровня NT-проBNP с клинико-лабораторными синдромами показало нарастание частоты АГ и ГМЛЖ по мере прогрессирования ХБП, уровня NT-проBNP с 57,4% у детей в группе I, больных начальной стадией ХБП, до 80% у детей в группе III, больных терминальной стадией ХБП. Степень повышения NT-проBNP коррелирует с тяжестью ХБП.

**Заключение.** Уровень натрийуретических пептидов отражает тяжесть ХБП. Повышение их уровня – ранний диагностический, а также прогностический признак ХБП и кардиоренального синдрома.

## Литература

1. Даминаева М.А. Хроническая болезнь почек у детей: этиология, классификация и факторы прогрессирования // *Вестник современной клинической медицины*. – 2016. – Т. 9. – С. 36–41.
2. Зарудский А.А., Терехина А.А., Сергеева Ю.С. и др. Хроническая болезнь почек и её роль в первичной оценке сердечно-сосудистого риска // *Современные проблемы науки и образования*. – 2019. – №4.
3. Wong P.C.Y., Guo J., Zhang A. The renal and cardiovascular effects of natriuretic peptides // *Adv. Physiol. Educ.* – 2017. – Jun. – Vol. 1. – №41 (2) – P. 179–185.
4. Yuksel Cavusoglu et al. Natriuretic peptides in clinical practice // *Anatol. J. Cardiol.* – 2019. – Vol. 21. – P. 1–40.
5. Аксенова М.Е. Механизмы развития кардиоваскулярной патологии при хронических болезнях почек // *Практическая медицина*. – 2018. – Т. 16. – №8. – С. 20–26.

## Метаболический импринтинг в формировании ожирения у детей

**Матвеева М.В.**, докт. мед. наук, проф. кафедры детских болезней;

**Самойлова Ю.Г.**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой детских болезней;

**Саган Е.В.**, канд. мед. наук, ассистент кафедры детских болезней;

**Олейник О.А.**, канд. мед. наук, доц. кафедры детских болезней;

**Захарчук П.И.**, студент; **Трифонов Е.И.**, ординатор;

**Юн В.Э.**, ординатор; **Галюкова Д.Е.**, студент.

Сибирский государственный медицинский университет.

E-mail: matveeva.mariia@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (913) 815 2552.

В течение более 20 последних лет проблема детского ожирения в мире принимает масштабы эпидемии и рассматривается как первоочередная задача сохранения здоровья детей как развитых, так и развивающихся стран [1]. Оценка факторов метаболического импринтинга (семейного анамнеза, внутриутробного и неонатального развития) имеет первостепенное значение для лечебно-профилактических мероприятий [2].

**Ключевые слова:** ожирение, метаболический импринтинг.

*Over the past 20 years, the problem of childhood obesity has assumed epidemic proportions worldwide and is seen as a health priority for children in both developed and developing countries. Evaluation of metabolic imprinting factors (family history, intrauterine and neonatal) is of paramount importance for therapeutic and preventive measures.*

**Keywords:** obesity, metabolic imprinting.

**Актуальность.** Ожирение детей и подростков является одной из актуальных проблем современного здравоохранения. Всё больше данных указывает на то, что метаболический импринтинг в период пренатального и неонатального развития способствует формированию ожирения [3].

**Цель исследования** — проанализировать факторы метаболического импринтинга в формировании ожирения у детей.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на основании разрешения Этического комитета ФГБОУ ВО СибГМУ №6905/1 от 26.11.2018. До проведения каких-либо процедур протокола исследования законным представителем ребёнка или самостоятельно им после достижения 15-летнего возраста было подписано информированное согласие. В исследование включили 118 детей в возрасте от 10,8 до 14,6 года. Основную

группу научного исследования составили 74 ребёнка и подростка, страдающих ожирением или избыточной массой тела. Группу контроля составили 44 условно здоровых ребёнка и подростка без острых и тяжёлых хронических заболеваний с нормальной массой тела.

Было проведено общеклиническое обследование, а также антропометрия (измерение роста, веса, ОТ, ОБ, расчёт ИМТ, SDS ИМТ, ОТ/ОБ), изучение анамнестических данных [4], включая акушерский анамнез и течение беременности у матери и неонатальный период по медицинской карте формы №112. Статистическая обработка результатов проведена с использованием пакета программы IBM SPSS.

**Результаты.** Основную группу составили 74 человека, из них 38 (51,3%) мальчиков и 36 (48,6%) девочек. В контрольную группу с SDS ИМТ<1 были включены 26 мальчиков и 18 девочек, а в основную (SDS ИМТ≥1) — 38 мальчиков и 36 девочек.

Согласно данным анамнеза, около половины детей (46%) были от первых родов. Сахарный диабет 2-го типа регистрировался у 58% родственников детей основной группы, при этом 8,7% матерей имели избыточную массу тела и ожирение до наступления беременности. Во время беременностей 56,4% женщин имели прибавки массы больше нормативов. Осложнённое течение беременности регистрировалось у большинства женщин — 82,1%. Так, в 45% случаев верифицировали гестоз в различные триместры беременности, у 16% — эндокринную патологию (у одной женщины — сахарный диабет 2-го типа, у остальных — ожирение, заболевания щитовидной железы), 5% имели некомпенсированную анемию. Во время беременности 11% женщин перенесли острые инфекционные заболевания, и почти в половине случаев (46%) потребовалось назначение антибактериальных препаратов.

В основном дети были рождены в срок 39,5 нед, и только 5% родились ранее 37 нед. При этом роды проходили чаще естественным путём (66,6%) и в 33,3% случаев с помощью кесарева сечения. Касаемо антропометрических параметров: 32% детей основной группы были рождены с весом 4 кг и более, 12% имели вес до 3 кг. Не получали грудное вскармливание с рождения 7% детей, до 1 мес находились на естественном вскармливании 13,5%, до 6 мес грудное вскармливание получали 54% детей, до 12 мес — 18,9% детей.

В неонатальном возрасте у 59,2% детей регистрировались следующие состояния и заболевания: дисбиоз кишечника (19%), перинатальное повреждение нервной системы (10,5%), ОРЗ и пупочная грыжа (8,7%), дакриоцистит (5,3%), врождённый порок сердца (3,5%), атопический дерматит и желтуха новорождённых (1,75%).

Наибольший темп прибавок массы тела у детей основной группы отмечался на первом году жизни в два возрастных периода: 3–7 и 9–12 мес. Впервые избыточная прибавка в весе у 44% детей регистрировалась в возрасте до 6 мес, у 7% — в возрасте 6–12 мес, у 14% — в период 12–24 мес, у 21% — 24–60 мес и у 14% — старше 60 мес. Впервые обратились к эндокринологу с избыточной прибавкой в весе в среднем в возрасте 68 мес, или 5,6 года. Прогрессирующую прибавку в весе более 10 кг за год имели 55% детей.

Пациенты основной группы и контроля имели статистически значимые отличия при исследовании следующих клинических показателей: масса тела была выше в основной группе (75,9 кг) (63,6; 97,8) по сравнению с группой контроля (45,0 кг) (32,0; 55,2), ИМТ и SDS ИМТ был выше у детей с ожирением — 30 (27,3; 34,9) и 2,9 (2,4; 3,4) соответственно, чем у детей с нормальной массой тела — 18,7 (16,4; 20,9) и –0,1 (–0,6; 0,5) соответственно. В среднем избыток массы тела в основной

группе составил 43,5% (27,1; 59,2). Объём талии (ОТ) и объём бёдер (ОБ) у основной группы был больше — 88 см (81,5; 100,5) и 105 см (96,4; 111) — по сравнению с группой контроля: 64,5 см (59,5; 70) и 77,5 см (72,5; 86,8) соответственно. Отношение ОТ/ОБ не было статистически достоверно.

**Заключение.** Метаболический импринтинг вносит весомый вклад в формирование ожирения в детском и подростковом возрасте [5]. Основные факторы риска — отягощённый анамнез по материнской линии по сахарному диабету, ожирению, приёму антибактериальных препаратов (влияние на микробиоту кишечника), а также антропометрические показатели в возрасте до 6 лет.

## Литература

1. Nakamura Y.K., Omaye S.T. *Metabolic diseases and pro- and prebiotics: Mechanistic insights* // *Nutr. Metab. (Lond)*. — 2012. — Jun. 19. — №9 (1). — P. 60. [PMID: 22713169]
2. Sullivan E.L., Grove K.L. *Metabolic imprinting in obesity* // *Forum Nutr.* — 2010. — Vol. 63. — P. 186–194. [PMID: 19955786]
3. Waterland R.A., Garza C. *Potential mechanisms of metabolic imprinting that lead to chronic disease* // *Am. J. Clin. Nutr.* — 1999. — Feb. — №69 (2). — P. 179–197. [PMID: 9989679]
4. Hanley B., Dijane J., Fewtrell M. et al. *Metabolic imprinting, programming and epigenetics — a review of present priorities and future opportunities* // *Br. J. Nutr.* — 2010. — Jul. — P. 104. [PMID: 20929595]
5. Щербакова М.Ю., Порядина Г.И., Ковалёва Е.А. *Проблема ожирения в детском возрасте* // *ЭуКГ*. — 2010. — №7. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-ozhireniya-v-detskom-vozhraсте>.

## Оценка антропометрических показателей детей, умерших в перинатальный период

**Моисеева К.Е.**, докт. мед. наук, доц., проф. кафедры общественного здоровья и здравоохранения;

**Шевцова К.Г.**, канд. мед. наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения;

**Березкина Е.Н.**, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения.

Руководитель: **Иванов Д.О.**, докт. мед. наук, проф., ректор Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

E-mail: [audit-line1@yandex.ru](mailto:audit-line1@yandex.ru); моб. тел.: +7 (911) 1587574.

Оценка физического развития детей как важного критерия их жизнеспособности является одним из рычагов, необходимых для поиска путей по снижению детской смертности. Оценка антропометрического профиля детей, умерших в перинатальный период, показала, что параметры физического развития доношенных новорождённых, умерших в первые 7 сут, в 70% наблюдений соответствуют третьему–шестому коридору физического развития (P10–P90), показатели физического развития мертворождённых детей гестационного возраста 28 нед и более в 80–90% наблюдений соответствуют показателям физического развития для данного возраста, что указывает на наличие высокого уровня резерва для снижения потерь жизнеспособных детей.

**Ключевые слова:** перинатальная смертность, физическое развитие.

*Assessment of children's physical development as an important criterion of their viability is one of the levers necessary to find ways*

*to reduce child mortality. The assessment of the anthropometric profile of children who died in the perinatal period showed that the parameters of the physical development of full-term newborns who died in the first 7 days in 70% of observations correspond to the 3rd–6th corridor of physical development (P10–P90), the indicators of the physical development of stillborn children in 80–90% of observations correspond to the indicators of physical development for this gestational age, which indicates availability of a high level of reserve to reduce the loss of viable children.*

*Keywords: perinatal mortality, physical development.*

**Актуальность.** Перинатальная смертность является частью сложного социально-демографического процесса, формирование которого в России в последние годы происходит на фоне снижения рождаемости и уменьшения до отрицательных значений показателя естественного прироста населения. В данных условиях особенно важной становится борьба за жизнь каждого ребёнка. Соответственно, оценка физического развития детей как важного критерия их жизнеспособности является одним из рычагов, необходимых для поиска путей по снижению детской смертности [1].

**Цель исследования** — оценить и проанализировать основные параметры физического развития потерь жизнеспособных детей, умерших в перинатальном периоде.

**Материалы и методы.** Изучены основные параметры физического развития 154 детей, родившихся мёртвыми и умерших в первые 7 сут, в зависимости от гестационного возраста. Оценка антропометрических данных проводилась с помощью центильного метода и метода сигмальных отклонений. Математическая обработка данных проведена с использованием электронных таблиц MS Office Excel 2016 и пакета статистических программ Statistica 10.0. Уровень значимости был установлен как  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Параметры физического развития недоношенных новорождённых (код МКБ 07.3), умерших в первые 7 сут, в 90–94% наблюдений соответствуют физическому развитию для данного гестационного возраста. Параметры физического развития детей, родившихся на сроке 37–42 нед и умерших в первые 7 сут, в 70% наблюдений соответствуют третьему–шестому коридору физического развития (P10–P90), в 20% — соответствуют области низких и очень низких величин. Оценка гармоничности развития доношенных новорождённых, умерших в первые 7 дней жизни, показала, что 58,3% из них имели гармоничное развитие, что значительно превышало долю детей с резко дисгармоничным развитием (19,5%;  $p = 0,004$ ). Дисгармоничное развитие детей отмечено в 22,2% случаев. Оценка массы и длины тела, окружности головы и груди, оценка массо-ростовых показателей (индекс Тура) мертворождённых детей гестационного возраста более 28 нед показала, что в 80–90% наблюдений показатели физического развития соответствуют аналогичным показателям у детей данного возраста.

**Заключение.** Оценка антропометрического профиля детей, умерших в перинатальный период, показала, что параметры физического развития доношенных новорождённых, умерших в первые 7 сут, в 70% наблюдений соответствуют третьему–шестому коридору физического развития (P10–P90), показатели физического развития мертворождённых детей, гестационный возраст которых был 28 нед и более, в 80–90% наблюдений соответствуют показателям физического развития для данного гестационного возраста, что указывает на наличие высокого уровня резерва для снижения потерь жизнеспособных детей.

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

 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»

## ВНИМАНИЕ!

Участие в школах бесплатное!

Просто зарегистрируйтесь на сайте [praesens.ru](https://praesens.ru)



StatusPraesens  
*profmedia*



 spnavigator

 +7 (495) 109 2627

 ova@praesens.ru

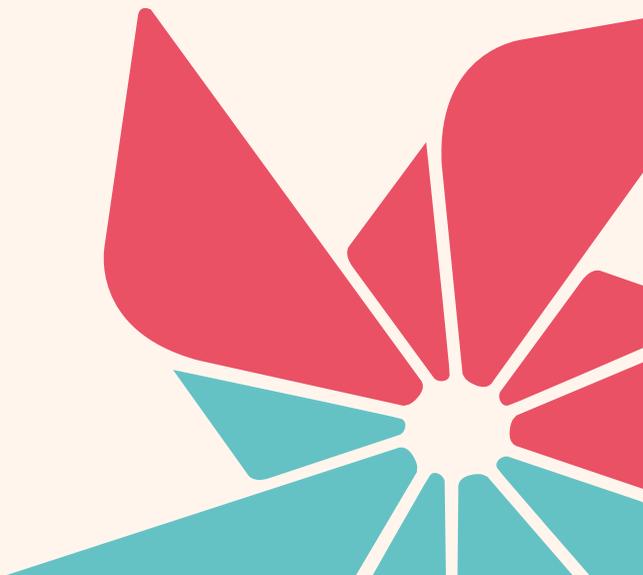
 praesens.ru

 praesensneo

 praesensped

 praesens\_neo

 praesens\_ped



## Литература

1. Иванов Д.О., Шевцова К.Г., Моисеева К.Е. и др. Результаты перинатального аудита Северо-Западного федерального округа // Казанский медицинский журнал. – 2020. – №5 (101). – С. 727–733.

### Прогностические возможности клинической шкалы NTISS на этапе предтранспортировки детей с массой менее 1000 г

<sup>1</sup>Мухаметшин Р.Ф., канд. мед. наук, зав. отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии новорождённых и недоношенных детей №2;

<sup>2</sup>Давыдова Н.С., докт. мед. наук, проф. кафедры анестезиологии, реаниматологии и токсикологии.

<sup>1</sup>Областная детская клиническая больница, г. Екатеринбург;

<sup>2</sup>Уральский государственный медицинский университет.  
E-mail: rustamFM@yandex.ru; моб. тел.: +7 (908) 923 6324.

Анализ оценок по шкале NTISS на этапе предтранспортировки экстремально недоношенных новорождённых продемонстрировал среднюю предиктивную ценность в отношении летального исхода (AUC=0,658 [0,488–0,827]) и тяжёлых ВЖК (AUC=0,616 [0,459–0,772]). Для прочих клинических исходов шкала показала низкую предиктивную ценность. Шкала NTISS ограничено пригодна для применения на этапе предтранспортировки экстремально недоношенного новорождённого.

**Ключевые слова:** межгоспитальная транспортировка, неонатальный трансфер, оценка тяжести.

*The analysis of the NTISS scale during pre-transport preparation of extremely premature newborns demonstrated an average predictive value for death (AUC=0,658 [0,488–0,827]) and grade 3–4 IVH (O.AUC=0,616 [0,459–0,772]). For other clinical outcomes, the scale showed low predictive value. This NTISS scale is not suitable for pre-transport assessing of an extremely premature newborn.*

**Keywords:** inter-hospital transportation, neonatal transfer, severity assessment.

**Актуальность.** Формализованная оценка тяжести состояния новорождённого является важным инструментом оценки рисков заболеваемости и смертности на основании имеющихся исходных данных [1]. Терапевтический подход в таких системах основан на том, что уровень инвазивности терапии, необходимой для поддержания витальных функций пациента, связан с риском летального исхода [2]. Ранние работы указывали на неоднородную предиктивную ценность шкалы NTISS в отношении исходов недоношенных новорождённых: показатель NTISS при поступлении коррелировал только со смертностью у новорождённых с весом менее 1500 г [3].

**Цель исследования** – определить предиктивную ценность оценки по шкале NTISS, выполненной на этапе предтранспортировки подготовки, в отношении исходов госпитального этапа лечения экстремально недоношенных новорождённых.

**Материалы и методы.** В когортное исследование включены данные 58 выездов транспортной бригады реанимационно-консультативного центра к экстремально недоношенным новорождённым детям, госпитализированным в медицинские организации Свердловской области в период с 1 августа 2017 г. по 31 декабря 2018 г. Медиана массы при рождении [IQR] –

760 [630–870] г, медиана гестационного возраста [IQR] – 25,5 [25–27] нед. Оценка по шкале выполнялась на основании данных первичной медицинской документации этапа предтранспортировки подготовки.

**Результаты.** Исследуемая шкала показала среднюю предиктивную ценность в отношении летального исхода (AUC=0,658 [0,488–0,827]) и тяжёлых ВЖК (AUC=0,616 [0,459–0,772]), низкую предиктивную ценность в отношении смерти в течение 7 сут (AUC=0,551 [0,359–0,744]), позднего неонатального сепсиса (AUC=0,598 [0,419–0,777]). В отношении прогнозирования развития хронических заболеваний лёгких, ВЖК 1–2-й степени предиктивная ценность оказалась неприемлемо низкой (AUC<0,500) как в общей выборке, так и среди выживших пациентов. Корреляционный анализ не продемонстрировал достоверной взаимосвязи между оценкой по NTISS на этапе предтранспортировки подготовки, длительностью интенсивной терапии (r=0,12, p=0,441) и продолжительностью госпитализации (r=-0,15, p=0,285), однако оценка достоверно коррелировала с длительностью ИВЛ (r=0,33, p=0,007). В подгруппе выживших пациентов достоверных корреляционных связей не наблюдалось, длительность интенсивной терапии (r=0,28, p=0,115), длительность ИВЛ (r=0,32, p=0,066) и продолжительность госпитализации (r=-0,10, p=0,559).

**Заключение.** Шкала NTISS ограничено пригодна для оценки состояния экстремально недоношенного новорождённого на этапе предтранспортировки подготовки.

## Литература

1. Morse S., Groer M., Shelton M.M. et al. Systematic Review: The Utility of the Revised Version of the Score for Neonatal Acute Physiology among Critically Ill Neonates // J. Perinat. Neonatal. Nurs. – 2015. – №29 (4). – P. 315–344.

2. Александрович Ю.С., Гордеев В.И. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний. – СПб.: Сотис, 2007.

3. Goedhuis I.H., Fetter W.P., Van der Werf M. et al. How sick is the neonatal intensive care patient? Limited prognostic significance of the Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System for mortality and for psychomotor development in the first year of life // Ned. Tijdschr. Geneesk. – 1995. – №139 (22). – P. 1137–1141.

### Прогностические возможности шкалы КШОНН на этапе предтранспортировки детей с массой менее 1000 г

<sup>1</sup>Мухаметшин Р.Ф., канд. мед. наук, зав. отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии новорождённых и недоношенных детей №2;

<sup>2</sup>Давыдова Н.С., докт. мед. наук, проф. кафедры анестезиологии, реаниматологии и токсикологии.

<sup>1</sup>Областная детская клиническая больница, г. Екатеринбург;

<sup>2</sup>Уральский государственный медицинский университет.  
E-mail: rustamFM@yandex.ru; моб. тел.: +7 (908) 923 6324.

Анализ применения клинической шкалы оценки недоношенных новорождённых (КШОНН) на этапе предтранспортировки подготовки экстремально недоношенных новорождённых продемонстрировал среднюю предиктивную ценность в отношении летального исхода (AUC=0,698 [0,546–0,850]), смерти в течение первых 7 сут (AUC=0,683 [0,466–0,901]) и ВЖК 3–4-й степени (0,658 [0,511–0,805]). Для прочих клинических исходов шкала показала низкую предиктивную

ценность. Шкала КШОНН ограниченно пригодна для применения на этапе предтранспортирной подготовки экстремально недоношенных новорождённых.

**Ключевые слова:** межгоспитальная транспортировка, неонатальный трансфер, оценка тяжести.

*The analysis of the clinical assessment scale of premature newborns (KSHONN) during pre-transport actions of extremely premature newborns demonstrated an average predictive value for death (AUC=0,698 [0,546–0,850]), 7 days death (AUC=0,683 [0,466–0,901]) and grade 3–4 IVH (0,658 [0,511–0,805]). For other clinical outcomes, the scale showed low predictive value. This scale is not suitable for pre-transport assessing of an extremely premature newborns.*

**Keywords:** inter-hospital transportation, neonatal transfer, severity assessment.

**Актуальность.** Возможность оперативно оценить клиническое состояние ребёнка, определяющее вероятность смерти или тяжёлой болезни, остаётся актуальной задачей неонатальной транспортной службы [1]. Значительное разнообразие шкал и различные требования к их применению обуславливают отсутствие единого мнения относительно выбора конкретного инструмента [2]. В 2005 г. была создана шкала КШОНН, предназначенная для интегральной оценки тяжести недоношенных новорождённых [3], которая позднее была предложена для оценки тяжести ребёнка при выполнении транспортировки [4, 5].

**Цель исследования** — определить предиктивную ценность оценки по шкале КШОНН, выполненной на этапе предтранспортирной подготовки, в отношении исходов госпитального этапа лечения экстремально недоношенных новорождённых.

**Материалы и методы.** В когортное исследование включены данные 58 выездов транспортной бригады реанимационно-консультативного центра к экстремально недоношенным новорождённым детям, госпитализированным в медицинские организации Свердловской области в период с 1 августа 2017 г. по 31 декабря 2018 г. Медиана массы при рождении [IQR] — 760 [630–870] г, медиана гестационного возраста [IQR] — 25,5 [25–27] нед. Оценка по шкале выполнялась на основании данных первичной медицинской документации этапа предтранспортирной подготовки.

**Результаты.** Исследуемая шкала показала среднюю предиктивную ценность в отношении летального исхода (AUC=0,698 [0,546–0,850]), смерти в течение 7 сут (AUC=0,683 [0,466–0,901]), тяжёлых ВЖК (0,658 [0,511–0,805]). В отношении прогнозирования развития позднего неонатального сепсиса, хронических заболеваний лёгких, ВЖК 1–2-й степени предикторная ценность оказалась неприемлемо низкой (AUC<0,500) как в общей выборке, так и среди выживших пациентов. Корреляционный анализ не продемонстрировал достоверной взаимосвязи между оценкой по КШОНН на этапе предтранспортирной подготовки и длительностью интенсивной терапии ( $r=-0,04$ ,  $p=0,777$ ), длительностью ИВЛ ( $r=0,22$ ,  $p=0,12$ ) и продолжительностью госпитализации ( $r=-0,24$ ,  $p=0,096$ ). В подгруппе выживших пациентов достоверных корреляционных связей также не наблюдалось, длительность интенсивной терапии ( $r=0,29$ ,  $p=0,096$ ), длительность ИВЛ ( $r=0,31$ ,  $p=0,071$ ) и продолжительность госпитализации ( $r=-0,19$ ,  $p=0,276$ ).

**Заключение.** Шкала КШОНН ограниченно пригодна для оценки состояния экстремально недоношенного новорождённого на этапе предтранспортирной подготовки.

## Литература

1. Gould J.B., Danielsen B.H., Bollman L. et al. Estimating the quality of neonatal transport in California // *Journal of Perinatology*. — 2013. — №33 (12). — P. 964–970.
2. Александрович Ю.С., Гордеев В.И. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний. — СПб.: Сотис, 2007.
3. Буштырев В.А., Лаура Н.Б., Захарова И.И. Балльная оценка состояния здоровья недоношенных новорождённых с перинатальными инфекциями // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. — 2006. — №51 (3). — С. 11–15.
4. Буштырев В.А., Будник В.А., Кузнецова Н.Б. Критерии транспортабельности недоношенных новорождённых // *Акушерство и гинекология*. — 2015. — №7. — С. 74–77.
5. Буштырев В.А., Землянская Н.В., Петренко Ю.В. Транспортировка нуждается в правилах // *StatusPraesens. Педиатрия и неонатология*. — 2017. — №1 (36). — С. 71–75.

## Влияние видов питания на продолжительность респираторной поддержки и времени достижения полного энтерального питания у недоношенных детей в ОРИТН

<sup>1</sup>Нодвикова О.В., врач-неонатолог отделения патологии новорождённых и недоношенных детей.

<sup>2</sup>Руководитель: Лукоянова О.Л., докт. мед. наук, проф., ведущий научный сотрудник отделения питания здорового и больного ребёнка.

<sup>1</sup>Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа;

<sup>2</sup>Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, г. Москва.

E-mail: olganodvikova@yandex.ru; моб. тел.: +7 (987) 258 4104.

**Ретроспективный анализ продолжительности искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) и времени достижения полного энтерального питания у 136 недоношенных новорождённых показал, что у детей, получающих грудное молоко, эти цифры были значимо меньше по сравнению с детьми на искусственном вскармливании. Полученные результаты наглядно демонстрируют важность организации грудного вскармливания недоношенных детей в отделениях реанимации новорождённых (ОРИТН).**

**Ключевые слова:** недоношенные дети, грудное молоко, донорское грудное молоко.

*A retrospective analysis of the duration of mechanical ventilation and the time to achieve full enteral nutrition in 136 premature infants showed that in infants receiving breastmilk these figures were significantly lower compared to formula fed infants. The results obtained clearly demonstrate the importance of breastfeeding in the NICU.*

**Keywords:** premature babies, breastmilk, donor milk.

**Актуальность.** Известно, что грудное молоко матери (ГМ) является первым выбором в питании недоношенных детей и демонстрирует множество преимуществ в отношении клинических исходов [1–5]. Если оно недоступно, рекомендуемой альтернативой является донорское молоко (ДМ), в случае отсутствия которого следует выбирать смесь для недоношенных (ИВ).

**Цель исследования** — провести сравнительную оценку влияния различных видов питания у недоношенных детей в ОРИТН на продолжительность респираторной поддержки и времени достижения полного энтерального питания.

**Материалы и методы.** В данное ретроспективное когортное одноцентровое исследование были включены 136 новорожденных с массой тела при рождении (BW) менее 2000 г и гестационным возрастом (GA) менее 36 нед. Дети были разделены на три группы в зависимости от получаемого вида питания: дети, получающие преимущественно сцеженное материнское молоко, преимущественно молочную смесь для недоношенных ИВ либо ДМ с обогатителем или в комбинации с молочной смесью. Группа ДМ получала пастеризованное донорское молоко из банка грудного молока республиканской детской клинической больницы г. Уфы.

Для всех групп соблюдался одинаковый протокол парентерального и энтерального питания.

**Результаты.** Медиана веса составила  $1484 \pm 281,7$  г в группе ГМ,  $1418 \pm 326,0$  г в группе ИВ,  $1105 \pm 307,0$  г в группе ДМ. В группе ГМ время достижения полного энтерального питания было короче, чем в группе ИВ ( $12,4 \pm 6,92$  и  $16,1 \pm 7,63$  дня соответственно,  $p=0,05$ ). В группе ДМ оно составило  $19,2 \pm 8,01$  дня. Среди детей в группе ГМ продолжительность ИВЛ была значимо короче по сравнению с детьми из группы ИВ:  $110,1 \pm 98,9$  и  $205,19 \pm 143,62$  ч соответственно ( $p=0,028$ ). В группе ДМ это время составило  $248,3 \pm 183,0$  ч. Среди новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела в группе ГМ продолжительность ИВЛ также была значимо короче по сравнению с группой ИВ:  $154,1 \pm 133,0$  и  $318,2 \pm 278,3$  ч соответственно ( $p=0,013$ ). В группе ДМ оно составило  $275,0 \pm 205,1$  ч. Статистических различий между продолжительностью неинвазивной вентиляции и кислородной поддержкой в зависимости от вида питания выявлено не было.

**Заключение.** Данное исследование позволяет положительно оценить опыт кормления недоношенных детей, находящихся в ОРИТН, грудным молоком и рекомендовать продолжить исследование влияния использования материнского и донорского грудного молока на клинические исходы у недоношенных детей.

## Литература

1. Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Нетребенко О.К. Роль грудного молока в питании и выхаживании недоношенного ребёнка // *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. – 2015. – №5 (94). – С. 81–89.
2. Лукьянова О.Л. Сцеженное материнское молоко: за и против // *Вопросы современной педиатрии*. – 2010. – №2 (9). – С. 70–73.
3. Altobelli E., Angeletti P.M., Verrotti A. et al. The Impact of Human Milk on Necrotizing Enterocolitis: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Nutrients*. – 2020. – May. – №12 (5). – P. 1322.
4. Huang J., Zhang L., Tang J. et al. Human milk as a protective factor for bronchopulmonary dysplasia: a systematic review and meta-analysis // *Archives of Disease in Childhood, Fetal and Neonatal Editions*. – 2019. – Mar. – №104 (2). – P. F128–F136.
5. Manzoni P., Stolfi I., Pedicino R. Human milk feeding prevents retinopathy of prematurity (ROP) in preterm VLBW neonates // *Early Human Development*. – 2013. – Jun. – Vol. 89. – №1. – P. 64–68.

## Возможности оценки поверхностного фенотипа фагоцитов в диагностике неонатального сепсиса

**Образцов И.В.**, канд. мед. наук, врач аллерголог-иммунолог;

**Черникова Е.В.**, врач анестезиолог-реаниматолог;

**Давыдова Н.В.**, канд. мед. наук, врач КЛД;

**Елецкая А.А.**, ординатор анестезиолог-реаниматолог.

Руководитель: **Жиркова Ю.В.**, докт. мед. наук, проф., зав. отделением реанимации новорожденных.

Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского.

E-mail: igor\_obraztsov@bk.ru;

моб. тел.: +7 (903) 1473670.

**Сравнили экспрессию CD64 и CD16 нейтрофилов, а также HLA-DR моноцитов у новорожденных с различным генезом полиорганной недостаточности (ПОН) – сепсисом, асфиксией и сочетанным. Показано достоверное увеличение экспрессии CD64 нейтрофилами и снижение экспрессии HLA-DR моноцитами при инфекционном и сочетанном генезе ПОН по сравнению с тяжёлой асфиксией; умершие пациенты характеризовались сниженной экспрессией CD16.**

**Ключевые слова:** сепсис, новорожденные, нейтрофилы, моноциты, CD16, CD64, HLA-DR.

*We compared CD64 and CD16 expression of neutrophils and HLA-DR of monocytes in newborns with different genesis of multiple organ failure (MOF) – sepsis, asphyxia and combined. A significant increase in the neutrophil CD64 and loss of monocyte HLA-DR were shown in infectious and combined genesis of MOF compared with severe asphyxia; deceased patients were characterized by reduced neutrophilic CD16.*

*Keywords: sepsis, newborns, neutrophils, monocytes, CD16, CD64, HLA-DR.*

**Актуальность.** Заболеваемость неонатальным сепсисом сегодня составляет 0,5–8,0%; заболевание характеризуется высокой летальностью, которая при раннем развитии сепсиса может достигать 40%, при позднем – 20% [1]. Диагностическая точность конвенциональных лабораторных маркеров неонатального сепсиса не всегда удовлетворительна [2], поэтому целесообразно внедрение новых биомаркеров. К таким биомаркерам относят, в частности, CD64 и CD16 нейтрофилов, а также HLA-DR моноцитов.

**Цель исследования** – исследовать способности биомаркеров сепсиса (СРБ, ПКТ, лактат, CD64, CD16, HLA-DR), дифференцировать патогенез органной дисфункции у новорожденных в ОРИТ.

**Материалы и методы.** Исследовали кровь новорожденных пациентов ОРИТ с течением сепсиса или тяжёлой асфиксии (21 человек) на фоне внутриутробных инфекций и врожденных пневмоний различных этиологий, а также гипоксически-ишемической энцефалопатии новорожденных. Оценили биомаркеры сепсиса в группах, характеризующихся различным генезом полиорганной недостаточности (ПОН), – сепсисом ( $n=10$ ), асфиксией ( $n=5$ ), сочетанным ( $n=6$ ), а также различным исходом госпитализации в ОРИТ – выжившие ( $n=15$ ) и умершие ( $n=6$ ). Образцы крови окрашивали антителами в панелях CD45-APC/CD64-PE/ HLA-DR-PerCP-Cy5.5 и CD45-APC/CD16-PE (BD, США), затем выполняли проточную цитометрию при помощи инструмента FACSCanto II (BD, США). Статистическая обработка результатов выполнена в пакете IBM SPSS21 (IBM, США).

**Результаты.** Сочетанный генез ПОН характеризуется повышенным СРБ (2,88–41,0 мг/л по сравнению с 1,00–15,8 мг/л при сепсисе и 0,43–2,98 мг/л при асфиксии); уровень ПКТ достоверно ниже в группе асфиксии (0,01–1,05 нг/мл) по сравнению с инфекционным (0,18–4,30 нг/мл) и смешанным (0,15–4,90 нг/мл) генезом ПОН. Асфиксия также характеризуется меньшим уровнем CD64 нейтрофилов (433–674 отн. ед. флуор.); показатель достоверно выше в группе сепсиса (552–1660 отн. ед. флуор.) и наиболее высокий — в группе сочетанной ПОН (1010–2162 отн. ед. флуор.). Экспрессия HLA-DR моноцитами не различается в группах сепсиса и асфиксии (12,2–29,6 и 23,6–56,3 отн. ед. флуор. соответственно), в то же время этот показатель достоверно снижен у пациентов с сочетанной патологией и составляет 8,56–21,7 отн. ед. флуор. Умершие пациенты характеризовались значимым повышением уровня лактата (2,3–10,3 ммоль/л) и ПКТ (1,18–5,25 нг/мл) по сравнению с выжившими (1,4–2,08 ммоль/л и 0,06–1,38 нг/мл); также эта группа характеризовалась снижением экспрессии CD16 нейтрофилами (25,5–42,8 и 37,8–62,3 отн. ед. флуор.).

**Заключение.** Показатели функциональной активности фагоцитов (экспрессия CD64 и CD16 нейтрофилами, экспрессия HLA-DR моноцитами) позволяют дифференцировать инфекционный и неинфекционный генез ПОН, а также определить повышенный риск летального исхода.

### Литература

1. Walker O., Kenny C.B., Goel N. Neonatal sepsis // *Paediatrics and Child Health (United Kingdom)*. – 2019. – №29 (6). – P. 263–268.
2. Akhmaltdinova L. et al. Influence of Pathogen Type on Neonatal Sepsis Biomarkers // *Int. J. Inflam.* – 2021. – P. 1009231. [PMID: 34840718]

## Сочетание дискордантности и синдрома селективной задержки роста плода у монохориальных диамниотических близнецов

**Павличенко М.В.**, канд. мед. наук, ст. научный сотрудник;  
**Косовцова Н.В.**, докт. мед. наук, ведущий научный сотрудник.  
Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества, г. Екатеринбург.  
E-mail: pavlichenko-mariya@mail.ru;  
моб. тел.: +7 (922) 2020408.

**Дискордантный рост (20% и более) монохориальных диамниотических близнецов связан с повышенной вероятностью осложнений перинатального периода, преждевременными родами, развитием синдрома селективной задержки роста одного из плодов.**

**Ключевые слова:** дискордантность, синдром селективной задержки роста плода, синдром фето-фетальной трансфузии, монохориальные диамниотические двойни.

*Discordant growth (20% or more) of monochorionic diamniotic twins is associated with an increased likelihood of complications in the perinatal period, premature birth, and the development of selective growth retardation of one of the fetuses.*

*Keywords: discordance, selective fetal growth retardation syndrome, feto-fetal transfusion syndrome, monochorionic diamniotic twins.*

**Актуальность.** Дискордантность массы тела при рождении 20,0% и более у монохориальных близнецов является показателем перинатальных осложнений [1]. Установлено, что на этом пороге неблагоприятный перинатальный исход увеличивается для обоих близнецов в дискордантной паре [2].

**Цель исследования** – продемонстрировать особенности перинатальных исходов у дискордантных монохориальных двойн.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное когортное исследование 44 пар дискордантных монохориальных близнецов, перенёсших синдром фето-фетальной трансфузии (СФФТ) и его внутриутробную хирургическую коррекцию методом селективной лазерной коагуляции плацентарных анастомозов (ЛКПА) в сроке 16–21 нед гестации (I группа). II группу составили 60 пар монохориальных дискордантных близнецов с признаками синдрома селективной задержки роста одного из плодов (ССЗРП). При неосложнённом течении монохориальной беременности дискордантность роста близнецов не выявлена. Для оценки физического развития использовали шкалу INTERGROWTH-21.

**Результаты.** Дискордантность роста после рождения достоверно чаще диагностируется в группе с нарушением кровотока в артерии пуповины плода и формированием ССЗРП (из 80 случаев у 60 женщин – 71,4%) по сравнению с пациентками, перенёсшими СФФТ (из 110 у 44 женщин – 40,0%): ОШ=3,75; 95% ДИ 2,04–6,89,  $p<0,001$ . Возраст женщин (Me [Q25%; Q75%]) в группе I составил 28 [23; 34,5] лет, в группе II – 30,5 [29,0; 34,8] года и достоверно не различался ( $p>0,05$ ). У матерей группы II достоверно чаще зарегистрированы хронические заболевания органов пищеварения (22–36,7%,  $p=0,009$ ) и почек (15–25,0%,  $p=0,04$ ), данные факторы повышают риск развития ССЗРП. Из патологии, осложняющей течение настоящей беременности, у женщин группы I статистически значимо чаще встречалась истмико-цервикальная недостаточность (28–63,6%,  $p=0,004$ ). При анализе тяжести плацентарной недостаточности было выявлено, что субкомпенсированная форма у женщин с признаками ССЗРП (44 пациентки, 73,3%) встречалась чаще (ОШ=3,3; 95% ДИ 1,03–10,59,  $p<0,05$ ) по отношению к беременным, перенёсшим СФФТ (20 женщин, 45,5%). В группе I была зафиксирована антенатальная гибель двух (2,3%) плодов-доноров, в группе II – гибель одного (1,7%) плода с ССЗРП. Гестационный возраст в группе СФФТ – 28,4 нед [27,5; 30,4] достоверно ниже ( $p=0,03$ ) по сравнению с группой ССЗРП – 31,3 нед [29,0; 33,4]. СФФТ является значимым фактором риска преждевременных родов в сроке до 32 нед (ОШ=4,84; 95% ДИ 1,78–13,18) по сравнению с ССЗРП. Значения дискордантности в обеих группах аналогичны: в группе СФФТ – 460 г [322,5–615,0], что соответствовало 35,3% [24,0–43,4]; в группе ССЗРП – 460 г [375,0–615,0] и 29,3% [24,9–36,1]. Выявлен достоверно ( $p=0,018$ ) более высокий риск встречаемости тяжёлой степени дискордантности ( $\geq 50,0\%$ ) у новорождённых, перенёсших СФФТ (ОШ=4,12; 95% ДИ 1,2–14,6). Показатель дискордантности не всегда сочетался с наличием ССЗРП. В группе СФФТ у 18 (40,9%) доноров центиль массы тела более десяти, у 26 (59,1%) пар менее десяти, дискордантность: 23,7% [22,8–24,4] и 43,1% [37,3–56,3] соответственно ( $p<0,001$ ). В группе II ССЗРП после рождения был подтверждён у 54 (90,0%) детей, что достоверно ( $p<0,001$ ) чаще по сравнению с пациентами группы I (ОШ=6,2; 95% ДИ 2,2; 17,6). Дискордантность у пациентов с ССЗРП составила 33,0% [25,0–38,5], у детей без ССЗРП дискордантность достоверно ( $p=0,01$ ) ниже – 26,2% [22,7–28,1].

**Заключение.** Дискордантность является независимым фактором риска неблагоприятных перинатальных исходов при осложнённом течении монохориального многоплодия.

### Литература

1. D'Antonio F., Odibo A.O., Prefumo F. et al. *Weight discordance and perinatal mortality in twin pregnancy: systematic review and meta-analysis* // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2018. – Vol. 52. – P. 11.
2. Костюков К.В., Ионов О.В., Шакая М.Н. Оценка перинатальных исходов при дискордантном весе новорождённых из двойни // *Акушерство и гинекология.* – 2020. – №5. – С. 78–84 – URL: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2020.5.78–84>.

## Неинвазивный метод диагностики перинатальных нефропатий

<sup>1</sup>Панова Л.Д., докт. мед. наук, проф. кафедры госпитальной педиатрии;

<sup>2</sup>Ахметшин Р.З., канд. мед. наук, главный врач;

<sup>3</sup>Усманова И.З., врач-лаборант;

<sup>2</sup>Иванова О.А., зав. отделением патологии новорождённых и недоношенных детей;

<sup>2</sup>Ускова М.С., <sup>2</sup>Самолёвская А.М., <sup>2</sup>Султанова Д.А.,

<sup>2</sup>Харисова Э.З., врачи-неонатологи.

<sup>1</sup>Башкирский государственный медицинский университет;

<sup>2</sup>Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа.

E-mail: [panov\\_home@ufacom.ru](mailto:panov_home@ufacom.ru);

моб. тел.: +7 (917) 4079054.

Приводится опыт применения неинвазивного метода структуропостроения мочи (Литос-система) в ранней диагностике и дифференциальной диагностике перинатальных нефропатий. Метод рекомендован для применения в неонатальных стационарах с целью диагностики различных нозологических форм перинатальных поражений почек.

**Ключевые слова:** структуропостроение мочи, перинатальные нефропатии.

*The experience of using a non-invasive method of urine structure construction (Lithos system) in the early diagnosis and differential diagnosis of perinatal nephropathies is presented. The method is recommended for use in neonatal hospitals to diagnose various nosological forms of perinatal kidney damage.*

*Keywords: urine structure, perinatal nephropathy.*

**Актуальность.** Неспецифичность клиники, латентное течение перинатальных нефропатий, низкая информативность классических показателей функций почек в первые недели жизни, инвазивность многих традиционных методов исследования затрудняет своевременную донозологическую диагностику почечной патологии и способствует поздней коррекции патологического состояния и хронизации процесса [1, 3, 5].

**Цель исследования** — оценить диагностическую эффективность метода структуропостроения мочи (Литос-система) в ранней диагностике и дифференциальной диагностике перинатальных нефропатий.

**Материалы и методы.** Основную группу наблюдения составили 58 новорождённых отделения патологии новорождённых и недоношенных детей Республиканской детской клинической больницы (РДКБ) с перинатальными инфекциями, имевшие сопутствующей патологией различные нефропатии.

Группа сравнения — 51 младенец с инфекциями, но без нефропатий. Наряду с традиционными методами исследования функций почек проводилось исследование структуропостроения мочи с Литос-реагентом на стереомикроскопе с поляризацией Motic SMZ-143. Литос-система основана на теории самоорганизации сложных систем [1, 2].

**Результаты.** В неонатальном периоде чётких клинических, тем более нозологических симптомов нефропатий чаще всего не отмечалось. Клиника гипоксической нефропатии маскировалась симптомами неврологических нарушений, проявлялась наличием штриховых трещин в фации мочи. В случаях тяжёлой гипоксии повышался риск развития интерстициального нефрита, кроме «штрихового» типа фации мочи «жгутовых» трещин. При грибковой этиологии инфекции ОМС первые признаки кандидозного инфицирования выявлялись наличием кольцевых типов трещин фации мочи в поляризованном свете. В случаях другой этиологии определялись крупные кристаллы, что характеризует острую форму. При метаболической нефропатии отмечался феномен патологической кристаллизации солей в белковой зоне. Острое почечное повреждение сопровождалось ранним изменением фаций мочи, свидетельствующим о развитии склеротических или некробиотических изменений почечной ткани. Традиционные показатели функциональной активности почек изменялись не более чем в трети случаев, причём на позднем этапе развития патологического процесса, что подтверждено и другими исследованиями [3–5]. Нарушение структуропостроения мочи наблюдалось более чем в 80% случаев перинатальных поражений почек, причём регистрировалось на ранних стадиях и позволяло дифференцировать различные формы нефропатий при отсутствии чёткой клинической симптоматики. Чувствительность методики в диагностике нефропатий у новорождённых составила 79,3%, специфичность — 82,1%, точность — 80,5%.

**Заключение.** Метод клиновидной дегидратации мочи является неинвазивным и информативным методом дифференциации различных форм перинатальных нефропатий на доклинической стадии.

### Литература

1. Чугунова О.Л., Думова С.В., Фоктова А.С. и др. Критерии ранней диагностики острого почечного повреждения у глубоко недоношенных новорождённых и возможности терапевтической коррекции // *Педиатрия.* – 2015. – Т. 94. – №3. – С. 8–12.
2. Шабалин В.Н., Шабохина С.Н. Принципы аутоволевой самоорганизации биологических жидкостей // *Вестник РАМН.* – 2000. – №3. – С. 45–49.
3. Panova L.D., Maliyevsky V.A., Akhmedeyeva E.N. et al. *Clinical and laboratory characteristics of nephropathies in newborns with perinatal infections* / *Ed. R. Sepiashvili* // *Allergy, Astma & Immunophysiology: Innovative Technologies.* – Italy: Filodiritto, International Proceedings, 2016. – P. 265–279.
4. Iacobelli S., Bonsante F., Ferdinand C. et al. *Factors affecting postnatal changes in serum creatinine in preterm infants with gestational age <32 weeks* // *J. Perinatol.* – 2009. – Vol. 29 (3). – P. 232–236.
5. Haycock G.B. *Management of acute and chronic renal failure in newborns* // *Semin. Neonatol.* – 2003. – Vol. 8 (4). – P. 325–334.

## Клинико-ультразвуковая характеристика висцеральной формы цитомегаловирусной инфекции у детей первого года жизни

**Первишко О.В.**, канд. мед. наук, доц. кафедры детских инфекционных болезней.

Кубанский государственный медицинский университет,  
г. Краснодар.

E-mail: ole-pervishko@yandex.ru; моб. тел.: +7 (918) 335 81178.

**Наблюдение за детьми первого года жизни с висцеральной формой цитомегаловирусной инфекции выявило длительно сохраняющийся (до 3–5 мес) синдром желтухи и холестаза. Обнаруженные изменения требуют клинического наблюдения и проведения лабораторной и ультразвуковой диагностики для профилактики развития холецистocolангитов и фиброза/цирроза печени.**

**Ключевые слова:** новорождённые, врождённая цитомегаловирусная инфекция, функция печени, ультразвуковая диагностика.

*Observation of first-year children with a visceral form of cytomegalovirus infection revealed a long-lasting (up to 3–5 months) syndrome of jaundice and cholestasis. The detected changes require clinical observation, laboratory and ultrasound diagnostics to prevent the development of cholecystocolangitis and liver fibrosis/cirrhosis.*

**Keywords:** newborns, congenital cytomegalovirus infection, liver function, ultrasound diagnostics.

**Актуальность.** Гематогенное проникновение вируса в фетальный кровоток при врождённой цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) часто приводит к структурным изменениям в печени новорождённых [1, 2]. При желтушной форме гепатита возможны два варианта его течения: благоприятное (с постепенным выздоровлением) или прогрессирующее (с формированием билиарного цирроза вследствие развития облитерирующего холангита) [3]. Определение основных клинических и ультразвуковых маркёров данного инфекционного процесса позволяет назначить тактику ведения данного контингента пациентов.

**Цель исследования** — оценка клинико-инструментальных изменений при висцеральной форме цитомегаловирусной инфекции у детей первого года жизни.

**Материалы и методы.** Под наблюдением в течение 15 мес находились 29 доношенных детей с висцеральной формой ЦМВИ, обратившихся в клинико-диагностическое отделение ГБУЗ СКДИБ г. Краснодара. При динамическом наблюдении оценивали физическое и нервно-психическое развитие, проводили лабораторную диагностику и УЗИ органов брюшной полости.

**Результаты.** Проведённое исследование определило, что семь (24,1%) детей имели признаки дефицита массы тела, 24 (82,6%) — перинатальную патологию нервной системы в виде вегето-висцеральных и двигательных нарушений. Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта выражались в виде синдрома срыгивания у 17 (58,6%) детей, нарушения стула — у девяти (31%), явлений метеоризма — у 21 (72,4%). Синдром длительной желтухи отмечался у большинства пациентов до 3 мес, при этом гепатоспленомегалию имели 24 (82,6%) ребёнка. В общем анализе крови признаки анемии наблюдались у 12 (41,4%) детей, тромбоцитопения — у восьми (27,6%). В биохимических анализах крови

симптом цитолиза с увеличением показателей выше нормы в 2–3 раза отмечался у 22 (75,8%) детей, остальные имели подъёмы АЛТ и АСТ до 4–6 норм. Увеличение общего билирубина за счёт прямой фракции имели все дети, уровень щелочной фосфатазы выше 3–8 норм отмечался до 12–14 мес. Сонографические признаки выявляли изменение соотношения долей с преобладанием левой доли, увеличение индекса первого сегмента у 19 (65,5%) детей, усиление эхогенности паренхимы печени и перипортальных трактов отмечалось у всех пациентов. Перивезикулярный отёк и утолщение стенки жёлчного пузыря до 3 мм отмечались у троих (10,3%) детей.

**Закключение.** Клинико-инструментальные особенности висцеральной формы ЦМВИ у детей первого года жизни выявили длительно сохраняющийся синдром желтухи и холестаза, что имело подтверждение в виде увеличения уровня прямого билирубина, щелочной фосфатазы. Хроническое течение ЦМВИ имело отражение в результатах ультразвуковой диагностики в виде увеличения левой доли печени первого сегмента, усиления эхогенности паренхимы и вовлечения жёлчного пузыря в воспалительный процесс, что прямо свидетельствует о тропности вируса к холангиоцитам.

### Литература

1. Инфекционные болезни: Национальное руководство // Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 1104 с.
2. Андреевская И.А., Гориков И.Н., Сомова Л.М. и др. Ультразвуковая и биохимическая характеристика гепатобилиарной системы при врождённой цитомегаловирусной инфекции у погибших доношенных новорождённых // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. — 2020. — №76. — С. 74–79.
3. Кистенева Л.Б. Роль цитомегаловирусной инфекции в формировании перинатальной патологии // Детские инфекции. — 2013. — №3. — С. 44–48.

## Оценка овуляторных циклов у девочек-подростков согласно результатам ультразвукового исследования

<sup>1</sup>**Раздвогина К.А.**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии;

<sup>1</sup>**Истомина Н.Г.**, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии;

<sup>1</sup>**Буренков Г.М.**, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии.

<sup>1</sup>**Руководитель: Баранов А.Н.**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии.

<sup>1</sup>**Северный государственный медицинский университет Минздрава РФ.**

E-mail: razdrogina.k@list.ru; моб. тел.: +7 (999) 270 2925.

**Анализ данных ультразвукового исследования 72 девочек-подростков в возрасте 15–17 лет показал зависимость наличия овуляторного цикла от возраста девочки: овуляция или наличие жёлтого тела по УЗИ среди подростков 15 лет было обнаружено у 11 участниц (42% от общего количества 15-летних); среди 16-летних девушек жёлтое тело было обнаружено у 12 участниц (44% от общего количества 16-летних); среди подростков 17 лет жёлтое тело присутствовало у 11 девочек (61% от общего количества 17-летних).**

**Ключевые слова:** овуляция, менструальный цикл, девочки-подростки.

*The analysis of ultrasound data of 72 adolescent girls aged 15–17 years showed the dependence of the presence of an ovulatory cycle on the age of the girl: among the ultrasound data in 15-year-olds, the presence of ovulation or corpus luteum was detected in 11 adolescents (42% of the total number of 15-year-olds); among 16-year-old girls, a corpus luteum was detected in 12 participants (44% of the total number of 16-year-olds); according to ultrasound of 17-year-old girls, the corpus luteum was present in 11 participants (61% of the total number of 17-year-olds).*

*Keywords: ovulation, menstrual cycle, adolescent girls.*

**Актуальность.** На сегодняшний день известно, что регулярность менструального цикла среди девочек зависит от множества факторов, в том числе от возраста [1, 2]. Отсутствие регулярности в первые годы после менархе, как показывают современные данные, связана с незрелостью гипоталамо-гипофизарной оси и, как следствие, с наличием ановуляторных менструальных циклов [3, 4].

**Цель исследования** — оценить наличие овуляции у девочек-подростков в зависимости от возраста с помощью ультразвукового исследования (УЗИ), проведённого в фолликулярную и лютеиновую фазы менструального цикла.

**Материалы и методы.** УЗИ органов малого таза были выполнены на ультразвуковых сканерах экспертного класса (Voluson S8) с использованием конвексного датчика и внутривагинальным путём интравагинального исследования у девочек-подростков, живущих половой жизнью. Исследование было проведено в фолликулярную и лютеиновую фазы цикла, во время которых было оценено наличие доминантных фолликулов и жёлтых тел.

В исследовании приняли участие 72 девочки-подростка разных возрастных категорий: 26 — 15-летних, 28 — 6-летних, 18 — 7-летних.

Перед проведением УЗИ каждой девочкой-подростком было подписано согласие на медицинское вмешательство и участие в исследовательской работе.

**Результаты.** Доминантный фолликул в фолликулярную фазу цикла был обнаружен у 65% девочек-подростков 15 лет; 78% девочек — в 16 лет и 89% девочек — в 17 лет. Жёлтое тело в лютеиновую фазу цикла было обнаружено у 42% участниц 15 лет; у 44% девочек в 16 лет и у 61% 17-летних девочек.

**Заключение.** По данным УЗИ можно установить количество овуляторных менструальных циклов в зависимости от возраста девочек-подростков. Согласно результатам проведённого исследования, возможно предполагать отсутствие будущей овуляции даже при наличии доминантного фолликула.

## Литература

1. American College of Obstetricians and Gynecologists et al. *Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign (Committee Opinion No. 651)* // *Obstet. Gynecol.* — 2015. — Vol. 126. — №6. — P. 1328.
2. Sun B.Z. et al. *Healthy post-menarchal adolescent girls demonstrate multi-level reproductive axis immaturity* // *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* — 2019. — Vol. 104. — №2. — P. 613–623.
3. Уварова Е.В. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода // *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* — 2018. — Т.14. — №1.
4. Carlson L.J., Shaw N.D. *Development of ovulatory menstrual cycles in adolescent girls* // *Journal of pediatric and adolescent gynecology.* — 2019. — Vol. 32. — №3. — P. 249–253.

## Метаболические нарушения детского возраста в генезе преждевременного полового созревания

*Родина М.А., врач акушер-гинеколог;  
Чеботарёва Ю.Ю., докт. мед. наук, доц.;  
Петров Ю.А., докт. мед. наук, проф.*

*Ростовский государственный медицинский университет.  
E-mail: rodina\_marisha@mail.ru; моб. тел.: +7 (904) 443 5455.*

**Преждевременное половое созревание проявляется признаками половой зрелости в дошкольном возрасте. Это мультифакторный процесс с ведущей ролью метаболических нарушений, включая алиментарное ожирение. Проблема носит междисциплинарный характер. Представлен анализ трёх клинических случаев преждевременного полового созревания на фоне алиментарного ожирения в детском возрасте.**

**Ключевые слова:** преждевременное половое развитие, девочки дошкольного возраста, ожирение.

*Premature puberty is manifested by signs of puberty in preschool age. This is a multifactorial process with a leading role of metabolic disorders, including alimentary obesity. The problem is interdisciplinary in nature. The analysis of three clinical cases of premature puberty against the background of alimentary obesity in childhood is presented.*

*Keywords: premature sexual development, preschool girls, obesity.*

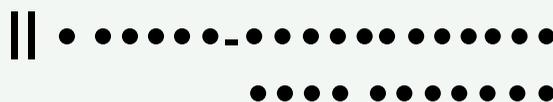
**Актуальность.** Преждевременное половое созревание (ППС) — это мультифакторное орфанное заболевание, проявляющееся появлением вторичных половых признаков, ускорением линейного роста и опережающим созреванием костной ткани у детей, как правило, до 7 лет [1]. К ведущим факторам, провоцирующим развитие данной патологии, относят характер питания и связанное с ним алиментарное ожирение [2]. Описана роль лептина, грелина, инсулиноподобного фактора роста и нейропептидов, включая ксипептин [3]. Выделяют гонадотропин-зависимую форму (истинную) ППС, обусловленную активацией гипоталамо-гипофизарной системы, и гонадотропин-независимую (ложную), связанную с избыточной секрецией стероидов яичниками или надпочечниками [4]. ППС встречается у 0,5% девочек в популяции, а ППС центрального генеза встречается с частотой один случай на 5–10 тыс. детей и относится к орфанным репродуктивным нарушениям [5]. Изолированные формы ППС, включая преждевременное телархе, — частые заболевания в педиатрической практике [6, 7].

**Цель исследования** — изучение клинических особенностей ППС у девочек, страдающих алиментарным ожирением.

**Материалы и методы.** Проведён анализ трёх клинических случаев ППС на фоне алиментарного ожирения. Исследование включало изучение жалоб, анамнеза, данных общего и специализированного осмотров, оценки физического и полового развития, гормонального профиля, ультразвукового исследования матки и яичников.

**Результаты.** Пациентка Л., 6 лет. Родилась от третьей беременности, протекавшей на фоне угрозы невынашивания, срочных оперативных родов. Гиперстенического телосложения. Рост 143 см, вес 45 кг. Признаки полового оволосения, стадия Р3 по Tanner J. Молочные железы — стадия В2. Костный возраст — 8 лет. Гормональный статус аналогичен пубертатным значениям, отмечается повышение уровня инсулина. Ребёнок консультирован эндокринологом, назначена терапия.

ОЧНО



16–18 февраля 2023 года  
Санкт-Петербург

# ПЕДИАТРИЯ XXI ВЕКА: новые парадигмы в современных реалиях

Отель «Санкт-Петербург»  
(Пироговская наб., 5/2)



## ПРИГЛАШАЕМ К УЧАСТИЮ!



РУДН



МАРС



ИПН

StatusPraesens  
*profmedia*



spnavigator



+7 (495) 109 2627, 8 (800) 600 3975



ova@praesens.ru



praesens\_ped



praesens.ru



praesensped



Пациентка Д., 6 лет. Родилась от второй беременности (первая беременность — медицинский аборт) у несовершеннолетней, протекавшей с угрозой невынашивания, срочных физиологических родов. Вес: 1 год — 15 кг, 2 года — 25 кг. Менархе в 6 лет, телархе — 3 года, пубархе — 5 лет. Гиперстенического телосложения. Рост 145 см, вес 55 кг. Уровень полового развития соответствует 12 годам. Ультразвуковые размеры матки и яичников и костный возраст соответствуют 12 годам. Гормональный фон аналогичен пубертатным значениям, отмечается повышение уровня инсулина. Ребёнок консультирован эндокринологом, назначена терапия.

Пациентка Д., 10 лет. Отмечает обильные, длительные менструации. Ребёнок от четвёртой беременности (первая беременность — медицинский аборт, вторая беременность — замершая в срок гестации 9 нед, третья беременность — мальчик, здоров), протекавшей с угрозой выкидыша, срочных физиологических родов. Менархе — в 9 лет, телархе — 4 года, пубархе — 6 лет. Гиперстенического телосложения. Рост 160 см, вес 67 кг. Размеры матки и яичников соответствуют 13 годам. Отмечается повышение уровня свободного тестостерона, инсулина. Консультирована эндокринологом, назначена терапия.

**Заключение.** В последнее время старт пубертатного возраста имеет тенденцию к снижению. Профилактика заключается в минимизации факторов риска, включая адекватное сбалансированное питание. Важна также осведомлённость врачей-педиатров о сроках формирования репродуктивной системы и возможных нарушениях, позволяющая вовремя заподозрить отклонения и направить девочку к врачу акушеру-гинекологу.

## Литература

1. Cantas-Orsdermir S., Eugster E.A. Update in central precocious puberty: from etiologies to outcomes // *Expert Rev. Endocrinol. Metab.* — 2019. — P. 1–8.
2. Чеботарёва Ю.Ю., Родина М.А. Преждевременное половое созревание у девочек: критерии диагностики и возможности терапии // *Status Praesens. Педиатрия и неонатология.* — 2020. — №2 (68). — С. 21–29.
3. Чеботарёва Ю.Ю., Овсянников В.Г., Родина М.А. и др. Современные аспекты биологического моделирования нарушений полового развития // *Патологическая физиология и экспериментальная терапия.* — 2021. — Т. 65. — №4. — С. 128–136.
4. Преждевременное половое развитие: Федеральные клинические рекомендации / Российская ассоциация эндокринологов; ред. совет В.А. Петеркова и др. — М., 2020. — 60 с.
5. Родина М.А., Чеботарёва Ю.Ю., Приходько Е.Д. и др. Клинические особенности изоэксальной формы преждевременного полового развития // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* — 2019. — Т. 64. — №4. — С. 298.
6. Юровская В.П., Сависко А.А., Чеботарёва Ю.Ю. и др. Патогенетические особенности преждевременного телархе // *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* — 2011. — №2. — С. 75–84.
7. Чеботарёва Ю.Ю., Хашагульгова Х.У. Некоторые особенности неспецифической резистентности и варианты коррекции при преждевременном телархе // *Кубанский научный медицинский вестник.* — 2009. — №5 (110). — С. 135–136.

## Недостаточность карбоангидразы VA, обусловленная гомозиготной мутацией p.Lys185Lys гена CA5A, в РФ

<sup>1</sup>Семенова Н.А., канд. мед. наук, ст. научный сотрудник научно-консультативного отдела;

<sup>1</sup>Марахонов А.В., канд. биол. наук, ст. научный сотрудник лаборатории генетической эпидемиологии;

<sup>1</sup>Куркина М.В., научный сотрудник лаборатории наследственных болезней обмена веществ;

<sup>2</sup>Таран Н.Н., канд. мед. наук, ст. научный сотрудник отделения педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии;

<sup>2</sup>Строкова Т.В., докт. мед. наук, проф. РАН, зав. отделением педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии;

<sup>3</sup>Бабак О.А., зав. ОПИТ №2;

<sup>3</sup>Щукина Е.В., врач-реаниматолог ОПИТ №2.

<sup>1</sup>Медико-генетический научный центр им. Н.П. Бочкова;

<sup>2</sup>Клиника Федерального исследовательского центра питания и биотехнологии;

<sup>3</sup>Городская клиническая больница №24, г. Москва.

E-mail: Semenova@med-gen.ru;

моб. тел.: +7 (903) 782 6089.

**Недостаточность карбоангидразы VA (OMIM# 615751) — наследственное заболевание, обусловленное биаллельными мутациями в гене CA5A, дебютирующее в неонатальном возрасте или младенчестве в виде энцефалопатии и гипераммониемии. Нами представлено описание клинического случая, обусловленного гомозиготной мутацией p.Lys185Lys гена CA5A. Показана высокая частота носительства данной мутации в России, составляющая 1:213 человек, что в 7 раз выше, чем рассчитанная на основании данных по западноевропейским популяциям.**

**Ключевые слова:** недостаточность карбоангидразы VA, CA5A, гипераммониемия.

*Carbonic Anhydrase VA Deficiency (OMIM# 615751) is a rare hereditary life-threatening, disease caused by biallelic mutations in the CA5A gene, presented with encephalopathy hyperammonemia of the neonatal period and infancy. We presented a detailed description of a clinical case of this disease caused by a homozygous mutation p.Lys185Lys of the CA5A gene. The high frequency of carrying this mutation in Russia is shown, amounting to 1:213 people, which is 7 times higher than calculated based on data on Western European populations.*

*Keywords:* Carbonic Anhydrase VA Deficiency, CA5A gene, hyperammonemia.

**Актуальность.** Недостаточность карбоангидразы VA — это аутосомно-рецессивный врождённый дефект метаболизма, впервые описанный в 2014 г. [1]. Известно о менее чем 20 случаях в мире. Клинически заболевание характеризуется острым развитием неврологической симптоматики в неонатальном периоде или младенчестве. При биохимическом обследовании выявляются множественные метаболические нарушения, включая метаболический ацидоз и респираторный алкалоз, а также гипогликемия, повышение уровня лактата и аланина в сыворотке крови. Лечение карглуминовой кислотой имеет положительный клинический эффект [2]. При своевременном лечении заболевание имеет благоприятный прогноз.

**Цель исследования** — представить клиническую характеристику недостаточности карбоангидразы VA, рассчитать частоту этого заболевания в российской популяции.

**Материалы и методы.** Проведено NGS-секвенирование полного генома, найденный вариант валидирован секвенированием по Сенгеру. Проведено сравнение клинической картины пациента с пациентами из литературы. Была проанализирована частота варианта chr16:87936031C>T (hg19; NM\_001739.1 [CA5A]: c.555G>A, p.[Lys185Lys]) в популяционных базах данных gnomAD и RUSeq. Для релевантного сравнения были выбраны европейские популяции. Кроме того, данные базы RUSeq были скорректированы путём удаления двух гомозиготных аллелей, соответствующих больному.

**Результаты.** Доношенный мальчик от второй беременности (первые роды — в срок, сибс здоров), роды в срок. При рождении масса 3040 г, длина 50 см, ОША 8/9. Находился на грудном вскармливании. В возрасте 3 сут 4 ч жизни ухудшение состояния за счёт нарастания неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения ЦНС, судорожного синдрома. По данным КЦС отмечались признаки метаболического ацидоза, электролитных нарушений. В динамике отмечалось нарастание цитолиза до 10–12 норм, повышение мочевины, креатинина. По данным МС/МС крови выявлено повышение аланина до 1382,17 мкМ/л (норма 95–1200 мкМ/л), фенилаланина до 169 мкМ/л (27–120 мкМ/л), пролина до 924 мкМ/л (52–680 мкМ/л). В анализе мочи на органические кислоты значительно повышена концентрация ряда специфических метаболитов. Ребёнку проводилась посиндромная и метаболическая терапия. Состояние улучшилось, судороги купированы, выраженная положительная динамика. В дальнейшем состояние ребёнка удовлетворительное, развитие по возрасту, противосудорожная терапия отменена. При NGS-секвенировании выявлен ранее описанный у пациента российского происхождения [1] гомозиготный вариант нуклеотидной последовательности в четвёртом экзоне гена CA5A (chr16:87936031C>T, rs147623570), приводящий к синонимичной замене в 185-й позиции белка (p.Lys185Lys, NM\_001739.1). Клиническая картина полностью совпадает с клинической картиной нашего пациента.

Частота аллеля, рассчитанная по базе данных gnomAD, составила 0,00033 (95% ДИ 0,00024–0,00044) против 0,00235 (0,0015–0,0035) по базе данных RUSeq. На основании полученных частот аллелей была рассчитана распространённость заболевания, которая составила 1:9396560 человек (1:5165289–1:1736111) и 1:180795 человек (1:81633–1:444444) соответственно. Частота здорового гетерозиготного носительства составляет 1:1533 (1:1137–1:2084) и 1:213 (1:143–1:334) соответственно.

**Заключение.** По результатам проведённого анализа можно сделать вывод, что расчётные частоты распространённости заболевания, по данным gnomAD (сфокусированные на западноевропейских популяциях) и RUSeq (основанные на данных европейской части России), отличаются достоверно практически в 50 раз ( $z$ -тест для двух пропорций,  $p$ -value=4,44089×10<sup>-16</sup>).

## Литература

1. Van Karnebeek C.D., Sly W.S., Ross C.J. et al. Mitochondrial carbonic anhydrase VA deficiency resulting from CA5A alterations presents with hyperammonemia in early childhood // *Am. J. Hum. Genet.* — 2014. — Mar 6. — №94 (3). — P. 453–461. [PMID: 24530203]
2. Adam M.P., Mirzaa G.M., Pagon R.A. et al. (ed.). *GeneReviews*® [Internet]. — Seattle (WA): University of Washington, Seattle, 1993–2022.

## Лечебно-дифференцированный подход в терапии неспецифических вульвовагинитов у девочек

**Симрок В.В.**, докт. мед. наук, проф.;

**Мельникова Д.В., Левчин А.М., Пентковская Е.Г.**

Ростовский государственный медицинский университет.

E-mail: partus7@yandex.ru;

моб. тел.: +7 (988) 899 0700.

**Клинический анализ течения неспецифического вульвовагинита у 155 девочек от 3 мес до 14 лет жизни при использовании различных противовоспалительных средств для наружного применения показал, что наиболее эффективными были «Адвантан», «Линимент синтомицина» и «Спасатель детский» (101 пациент, 65,1%), остальные средства также были достаточно эффективны, однако потребовали более длительного применения, и на их фоне в 2 раза чаще возникали рецидивы заболевания.**

**Ключевые слова:** вульвовагинит, девочки, лечение.

*A clinical analysis of the course of nonspecific vulvovaginitis in 155 girls from 3 months to 14 years old using various anti-inflammatory drugs for external use showed that advantan, synthomycin liniment and children's rescuer were the most effective (101–65.1% of the patient), other drugs were also quite effective, however, they required a longer use, and against their background, relapses of the disease occurred 2 times more often.*

*Keywords:* vulvovaginitis, girls, treatment.

**Актуальность.** Среди пациентов, посетивших кабинет детского гинеколога, наибольшую часть составляют девочки, страдающие воспалительными заболеваниями гениталий, из которых вульвит и вульвовагинит у девочек в возрасте от 1 до 9 лет составляют 65% [1]. Развитие вульвовагинитов предопределено анатомо-физиологическими особенностями организма девочек, однако значительную роль при этом играют причинные факторы (мастурбация, неподходящие средства гигиены, смена подгузников, атопизм и т.д.). В такой ситуации воспаление гениталий, начавшееся как неинфекционное, почти асептическое, в дальнейшем может манифестировать за счёт присоединения различной микрофлоры. При этом около 60% заболеваний детского и подросткового возраста могут представлять угрозу репродуктивному здоровью [2]. Поэтому задачей детского гинеколога является правильный выбор лечебного средства, соответствующего возрасту девочки, оказывающего достаточный противовоспалительный эффект и не влияющего на вагинальную экосистему.

**Цель исследования** — изучение эффективности различных противовоспалительных препаратов и средств при вульвовагинитах у девочек.

**Материалы и методы.** Проанализировано течение подострого и хронического вульвовагинита у 155 девочек от 3 мес до 14 лет жизни при использовании различных противовоспалительных средств для наружного применения. У всех пациенток был исключён специфический вульвовагинит. Кроме объективной оценки состояния вульвы и вагины, характерных выделений, их микроскопической и бактериологической оценки, мы оценивали эффективность лечения по купированию симптомов заболевания и сроков возврата болезни.

**Результаты.** Воспалительная патология вульвы и влагалища составила 26,6% в общей структуре заболеваемости. При этом заболеваемость была наиболее высокой в возрастной группе от 1 до 7 лет (36,4%), от 7 до 14 лет — 20,9%, до 1 года — 16,2%.

Среди огромного арсенала средств, применяемых для снятия воспалительного процесса, мы оценили эффективность следующих средств: «Бепантен» (дексаметазон), «Судокрем», «Деситин», «Адвавант», «Синтомицин линимент», «Спасатель детский». Проведённые исследования показали, что наиболее удобными формами в применении являются «Линимент синтомицина» и «Спасатель детский», на это указали 57 (36,8%) пациенток, затем 34 (21,9%) — на «Адвавант» и практически в равной степени — на «Бепантен» (15,5%), «Судокрем» (13,5%), «Десятин» (12,3%). По клинической эффективности в плане регресса воспалительного процесса в течение 10–14 дней наиболее эффективными были «Адвавант», «Линимент синтомицина» и «Спасатель детский» (101 [65,1%] пациент), остальные средства также были достаточно эффективны, однако потребовали более длительного применения, и на их фоне в 2 раза чаще возникли рецидивы заболевания. Полученные нами данные требуют дальнейшего изучения, так как в инструкциях по применению этих препаратов указано, что все они предназначены для лечения и ухода за кожей, и лишь «Линимент синтомицина» и «Спасатель» могут наноситься на рану.

**Заключение.** Из огромного арсенала средств, используемых для наружного применения при неспецифическом подостром и хроническом вульвовагините, наиболее эффективными оказались «Адвавант», «Линимент синтомицина» и «Спасатель детский».

## Литература

1. Гинекология: Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 1008 с.
2. Казакова А.В., Уварова Е.В., Лимарева Л.В. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек: прогнозирование и профилактика: Монография. — Чебоксары: Среда, 2020. — 184 с.

## Заболелаемость новорождённых от матерей с COVID-19

**Смирнова Н.А.**, аспирант кафедры;  
**Кривошекова Н.А.**, аспирант кафедры;  
**Кириллова Я.С.**, врач акушер-гинеколог.

Перинатальный центр,  
Амурская государственная медицинская академия,  
кафедра акушерства и гинекологии ФПДО.

E-mail: dr.smirnova@bkk.ru;  
моб. тел.: +7 (924) 683 4899.

**Ретроспективный анализ 152 историй развития новорождённых от женщин с COVID-19 в Амурской области показал, что каждый третий новорождённый испытывает ишемию мозга в раннем неонатальном периоде, у каждого пятого диагностированы постгипоксическая кардиомиопатия и внутрижелудочковое кровоизлияние.**

**Ключевые слова:** COVID-19, новорождённые, беременность.

*A retrospective analysis of 152 histories of the development of newborns from women with COVID-19 in the Amur region showed that every third newborn experiences cerebral ischemia in the early neonatal period, every fifth is diagnosed with posthypoxic cardiomyopathy and intraventricular hemorrhage.*

*Keywords:* COVID-19, newborns, pregnancy.

**Актуальность.** Пандемия, вызванная COVID-19, создаёт опасения, связанные с возможным влиянием вируса на плод и новорождённого. Ещё не до конца изучено влияние COVID-19 на беременную женщину и плод, возможность вертикального пути передачи заболевания, развитие осложнений беременности и заболеваемость новорождённых [1].

**Цель исследования** — оценить заболеваемость у новорождённых в раннем неонатальном периоде от матерей с COVID-19. Проведён ретроспективный анализ историй развития новорождённого (форма №097/у) у 152 новорождённых от женщин с COVID-19, находившихся в городской клинической больнице в период с ноября 2020 г. по май 2022 г.

**Материалы и методы.** Состояние новорождённых оценивалось по шкале Апгар на первой и пятой минутах жизни, также учитывали массу и рост при рождении. Анализ заболеваемости проводился с учётом заключительного диагноза при выписке из стационара. Все новорождённые были изолированы от родильниц с COVID-19 и транспортированы в Амурскую областную детскую клиническую больницу. Транспортировка осуществлялась в транспортном кузове УОМЗ «ИТН-01». Новорождённым выполнялся забор отделяемого носа и ротоглотки на исследование ПНК SARS-CoV-2 с помощью ПЦР с контрольным исследованием через 2–3 сут.

**Результаты.** Рождены в срок 129 (84,8%) детей, преждевременно — 23 (15,2%). Состояние новорождённых по шкале Апгар на первой минуте оценено 8,2±0,08, на пятой — 9,0±0,09 балла, с умеренной асфиксией родились пять (3,2%) новорождённых. Средняя масса при рождении составила 3461,2±63,6 г, рост — 52,4±0,3 см. Нормальная масса тела при рождении (2500–4000 г) была у 119 (78,3%), масса тела менее 2500 г — у 21 (13,8%), более 4000 г — у 12 (13,8%). ПЦР на SARS-CoV-2 у всех новорождённых был отрицательный.

У 44 (28,9%) новорождённых была диагностирована ишемия мозга (P91.0), из них I и II степень — у 13 (8,5%), III — у 18 (11,8%), синдром двигательных нарушений — у 34 (22,3%), гипертензионный синдром — у 26 (17,1%), вегето-висцеральный синдром — у семи (4,6%). У каждого пятого новорождённого была постгипоксическая кардиомиопатия (P29.8) и внутрижелудочковое кровоизлияние (P52.0) — 13,1 и 11,8% соответственно. Задержка роста плода выявлена у восьми (5,2%). Признаки дыхательной недостаточности (P28.5) были у семи (4,6%) новорождённых. Анемия (P61.2) была у пяти (3,2%).

**Заключение.** Данное исследование показывает, что основными осложнениями раннего неонатального периода у новорождённых от матерей с COVID-19 во время беременности были ишемия мозга (28,9%), постгипоксическая кардиомиопатия (13,1%), внутрижелудочковое кровоизлияние (11,8%), задержка роста плода (5,2%), дыхательная недостаточность (4,6%) и анемия (3,2%).

## Литература

1. Жуковец И.В. Первые последствия пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 — осложнения беременности и здоровье новорождённых // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. — 2022. — Т. 84.

## Охват вакцинацией недоношенных детей первого года жизни в Краснодарском крае

**Смычкова Е.В.**, врач-педиатр;

**Жданова И.А.**, канд. мед. наук, зав. отделением, врач-педиатр;

**Осадчая Е.И.**, врач-педиатр;

**Краковец И.В.**, врач-педиатр;

**Картавецва А.В.**, врач-педиатр.

Детская краевая клиническая больница, отделение  
катамнеза, г. Краснодар.

E-mail: lenas\_1986@yahoo.com; моб. тел.: +7 (918) 3871441.

**Недоношенные дети наиболее уязвимы в отношении тяжёлого течения инфекционных заболеваний. Ведущим методом профилактики является своевременная иммунизация этих детей. По результатам анализа историй развития и прививочных карт выявлен низкий охват вакцинацией недоношенных детей первого года жизни в Краснодарском крае. Необоснованные медицинские отводы являются ведущей причиной невыполнения Национального календаря профилактических прививок в этой группе пациентов.**

**Ключевые слова:** недоношенные дети, иммунизация, охват вакцинацией.

*Preterm infants are the most vulnerable in terms of severe course of infectious diseases. The leading method of prevention is timely immunization of these children. Analysis of medical histories and vaccination certificates reveals low vaccination coverage among preterm infants in Krasnodar region. Unreasonable medical exemptions are the main reason for inadequate realization of National vaccination schedule in this group of patients.*

*Keywords:* preterm infants, immunization, vaccination coverage.

**Актуальность.** Инфекции составляют до 90% общей заболеваемости в детском возрасте. Недоношенные дети – «группа риска» тяжёлого течения инфекционных заболеваний. Для них характерно более частое развитие генерализованных и инвазивных форм пневмококковой инфекции, гемофильной инфекции типа В (сепсиса, менингита, пневмонии), обструктивного синдрома и дыхательной недостаточности на фоне заболевания пневмотропными вирусами (респираторно-синцитиальный вирус [РСВ], грипп), осложнённое течение коклюша, ротавирусного гастроэнтерита, ветряной оспы. Официальная доктрина ВОЗ называет вакцинацию ведущим методом профилактики инфекционных заболеваний у недоношенных детей. Согласно международным и российским нормативным документам, активная иммунизация недоношенных проводится в соответствии с паспортным возрастом ребёнка без учёта скорректированного гестационного возраста, срока гестации, массо-ростовых показателей при рождении, в период стабильного соматического состояния при отсутствии острых инфекционных заболеваний [1].

**Цель исследования** – оценить охват вакцинацией недоношенных детей первого года жизни в Краснодарском крае.

**Материалы и методы.** Проведён анализ историй развития и прививочных карт 63 недоношенных детей старше 18 мес, наблюдающихся в отделении катамнеза детского консультативно-диагностического центра детской краевой клинической больницы. Отбор производился случайным сплошным методом.

**Результаты.** В исследовании приняли участие 63 ребёнка, рождённые раньше 36 нед гестации: с весом при рождении более 1500 г (НМТ) – 24 ребёнка (38,1%), от 1000 до 1500 г

(ОНМТ) – 20 детей (31,7%), менее 1000 г (ЭНМТ) – 19 детей (30,2%). К возрасту 15 мес полностью привиты в соответствии с Национальным календарём профилактических прививок семь детей – 11,1% (с НМТ – три ребёнка [12,5%], с ОНМТ – три ребёнка [15%], с ЭНМТ – один ребёнок [5,3%]). Наиболее полно недоношенные первого года жизни охвачены вакцинацией против туберкулёза (БЦЖ-М): 37 человек (58,7%), из них с НМТ – 17 детей (70%), с ОНМТ – 15 детей (75%), с ЭНМТ – пять человек (26,3%). Вакцинацию против вирусного гепатита В до 12 мес начали 28 детей (44,4%), но только 17 детей (27%) получили полный курс вакцинации. От пневмококковой инфекции привиты 13 детей (20,6%), полный курс вакцинации (V1 и V2) получили 10 детей (15,9%), при этом наименьший охват вакцинацией отмечается в группах, наиболее уязвимых в плане развития инвазивных и тяжёлых форм пневмококковой инфекции: ОНМТ – три ребёнка (15%) и ЭНМТ – два ребёнка (10,5%). Вакцинацию против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита и гемофильной инфекции (вакцины «Пентаксим», «Инфанрикс Гекса») до 1 года начали 16 детей (25,4%), полный курс (три дозы) к 12 мес получили восемь детей (12,7%), из которых только один ребёнок с весом при рождении менее 1000 г. От кори, краснухи, эпидемического паротита к 18 мес привиты 10 детей (15,9%). Ни один недоношенный ребёнок до 18 мес не был вакцинирован от гриппа, ротавирусной инфекции, ветряной оспы, менингококка. Причины низкого охвата вакцинацией: отказ родителей – шесть случаев (9,5%, из них четыре готовы начать прививать детей после 1 года), наличие объективных временных противопоказаний – пять детей (7,9%), остальные – необоснованные медотводы в связи с недоношенностью, иммунизацией против РСВ, анемией, аллергией к белку молока, ДЦП, лейкомаляцией, наличием гемангиом.

### **Заключение.**

1. Констатирован низкий охват (11,1%) вакцинацией недоношенных детей первого года жизни (среди детей, рождённых с весом менее 1000 г, – 5,3%).
2. Основная причина несвоевременной вакцинации недоношенных детей – необоснованный медицинский отвод.
3. 96,7% родителей готовы прививать своих недоношенных детей, 90,5% родителей при решении вопроса о вакцинации ребёнка опираются на мнение врачей.

### **Литература**

1. Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок: Приказ Минздрава РФ №1122н от 6 декабря 2021 г.

## Изменение экспрессии генов дефензинов у детей в период обострения атопического дерматита и на фоне наружного лечения

**Соболева В.А.**, ассистент кафедры детских болезней, мл. научный сотрудник.

Руководители: **Кудрявцева А.В.**, докт. мед. наук, проф.;  
**Свитич О.А.**, член-корр. РАН, проф.

Клинический институт детского здоровья им. Н.Ф. Филатова (Сеченовский университет);

Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова.

E-mail: polosic@mail.ru; моб. тел.: +7 (925) 371 1971.

**При оценке показателей экспрессии генов дефензинов, HBD2 и HBD3, в коже 10 детей, имеющих атопический дерматит, установлено: при развитии атопического дерматита или его обострении экспрессия восстанавливается на фоне наружной противовоспалительной терапии. Таким образом, в лечении пациентов необходимо применять местные противовоспалительные препараты.**

**Ключевые слова:** дефензины, HBD2, HBD3, атопический дерматит.

*The analysis of skin defensin gene expression (HBD2, HBD3) in 10 children with atopic dermatitis demonstrated that if a patient got external therapy, in case atopic dermatitis manifestation or relapse defensin expression restored. Thus, in the atopic patient management local anti-inflammatory medications should be used.*

*Keywords:* defensins, HBD2, HBD3, atopic dermatitis.

**Актуальность.** При атопическом дерматите (АтД) способность кожного барьера выполнять защитную функцию снижается, одновременно с этим риск чрескожной сенсibilизации к разным аллергенам и прогрессирования местного воспалительного процесса вследствие колонизации кожи условно-патогенной флорой повышается. На фоне текущего воспаления изменяется продукция клетками кожи антимикробных пептидов (АМП) — дефензинов [1, 2], среди которых ведущую роль отводят дефензинам типа  $\beta 2$  (HBD2),  $\beta 3$  (HBD3) [3].

**Цель исследования** — оценить экспрессию генов дефензинов в клетках кожи пациентов с АтД в динамике на фоне лечения.

**Материалы и методы.** В исследование включены 10 детей, имеющих атопический дерматит. Средний возраст детей составлял  $4,4 \pm 2,5$  года; длительность тяжёлого АД, средний показатель по шкале SCORAD  $57,5 \pm 5,4$ . В контрольную группу были включены 14 детей, не имеющих кожных заболеваний (средний возраст — 4,9 года). До исследования пациенты не получали наружную терапию. Образцы клеток кожи были получены путём последовательных соскобов с участков визуально здоровой кожи и поражённой кожи. Для оценки экспрессии генов HBD2 и HBD3 были проведены методики выделения РНК, реакция обратной транскрипции и ПЦР в режиме реального времени. Для вычисления статистически значимых различий между группами был использован непараметрический критерий Манна-Уитни, представлены медианные и квартильные показатели.

**Результаты.** У 60% пациентов, получавших наружную противовоспалительную терапию, на фоне уменьшения показателя SCORAD (с  $57,5 \pm 5,4$  до  $31,2 \pm 5,2$ ) отмечалось повышение экспрессии генов HBD2 и HBD3 в 3 раза и более до нормальных значений (5595 и 671 соответственно). У 20%

пациентов отмечено небольшое повышение экспрессии HBD2 в очаге АтД и в здоровой коже, при этом экспрессия HBD3 резко снижалась, практически до нуля. У остальных пациентов определялось незначительное повышение экспрессии генов HBD2 и HBD3, однако их значения были статистически ниже показателей группы здоровых детей.

**Заключение.** Сниженные показатели экспрессии генов дефензинов клетками кожи в активной фазе АтД восстанавливаются на фоне противовоспалительного наружного лечения.

## Литература

1. Kim J.E., Kim J.S., Cho D.H. et al. Molecular Mechanisms of Cutaneous Inflammatory Disorder: Atopic Dermatitis // International journal of molecular sciences. — 2016. — №17 (8). — С. 1234. — URL: <https://doi.org/10.3390/ijms17081234>.
2. Kim J.E., Kim H.S. Microbiome of the Skin and Gut in Atopic Dermatitis (AD): Understanding the Pathophysiology and Finding Novel Management Strategies // Journal of clinical medicine. — 2019. — №8 (4) — P. 444. — URL: <https://doi.org/10.3390/jcm8040444>.
3. Chieosilapatham P., Ogawa H., Niyonsaba F. Current insights into the role of human  $\beta$ -defensins in atopic dermatitis // Clinical and experimental immunology. — 2017. — №190 (2). — P. 155–166. — URL: <https://doi.org/10.1111/cei.13013>.

## Болезнь Бехчета: случай из практики

**Статова А.В.**, доц. кафедры педиатрии №2;

**Устюжанина Д.В., Писоцкая Ю.В.**, ординаторы кафедры педиатрии №2.

Руководитель: **Бурлуцкая А.В.**, докт. мед. наук, зав. кафедрой педиатрии №2.

Кубанский государственный медицинский университет.

E-mail: lili.colin@mail.ru, моб. тел.: +7 (995) 201 3041.

**Представленное клиническое наблюдение пациента с болезнью Бехчета (ББ) демонстрирует сложность диагностики этого заболевания. Полисистемность, вариабельность симптоматики, отсутствие специфических лабораторных маркёров определяют сложность своевременной диагностики ББ.**

**Ключевые слова:** болезнь Бехчета, системный васкулит, дети.

*The presented clinical observation of a patient with Behcet's disease demonstrates the complexity of diagnosing this disease. Polysystemicity, variability of symptoms, absence of specific laboratory markers determine the complexity of timely diagnosis of BB.*

*Keywords:* Behcet's disease, systemic vasculitis, children.

**Актуальность.** Болезнь Бехчета — системный васкулит неизвестной этиологии, характеризующийся рецидивами язвенного процесса в ротовой полости и на гениталиях, поражением глаз, суставов, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), центральной нервной системы (ЦНС), сосудов и других органов [1, 2].

**Цель исследования** — провести анализ клинического случая болезни Бехчета.

**Материалы и методы.** История болезни пациентки ревматологического отделения ДККБ г. Краснодара. Проведено ретроспективное исследование.

**Результаты.** Девочка А. 16 лет находилась на обследовании и лечении в ревматологическом отделении ДККБ г. Краснодара. Поступила с жалобами на повышение температуры тела до

37,5 °С, слабость, боль и покраснение в левом глазу, отсутствие аппетита, боли в животе, снижение массы тела на 6 кг за последний месяц.

У ребёнка с периода раннего детства отмечались периодически появляющиеся язвочки в ротовой полости, проводилось местное лечение. За 2 мес до предшествующей госпитализации на фоне лихорадки до 39,2 °С появились язвы на слизистой ротовой полости, гиперемия левого глаза, госпитализирована в СКДИБ г. Краснодара, назначена терапия по поводу «ОРИ, острый фарингит средней степени тяжести. Афтозный стоматит. Анемия лёгкой степени тяжести». За 1 мес до предшествующей госпитализации была вновь госпитализирована в СКДИБ г. Краснодара по поводу острого гастроэнтерита инфекционной этиологии.

Объективный статус: состояние среднетяжёлое за счёт абдоминального синдрома. Сухость и бледность кожных покровов, сниженный тургор, инъекция склеры и конъюнктивы левого глаза. На слизистой оболочке щёк множественные болезненные афты. На коже нижних конечностей эритематозные узлы размером до 1 см.

Лабораторные исследования. В гемограмме анемия, тромбоцитоз и нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево. Диагностика аутоиммунных состояний и воспаления: антитела к двуспиральной, нативной ДНК, антитела к нуклеосоме (клеточный фактор LE), антинейтрофильные цитоплазматические антитела, антитела к циклическому цитруллиновому пептиду, кардиолипину не обнаружены. Тест на патергию – результат отрицательный, но это не опровергает диагноза ББ ввиду колебаний чувствительности теста в пределах 25–75%. Инструментальные исследования. УЗИ органов брюшной полости: реактивные изменения печени, поджелудочной железы, эхографические признаки лимфаденопатии подмышечной группы лимфатических узлов слева. ЭФГДС: эрозивный антрум-гастрит НР-положительный, катаральный бульбит, дуодено-гастральный рефлюкс.

Консультации специалистов: окулист – кератouveит левого глаза, стоматолог – афтозный стоматит, гастроэнтеролог – хронический гастродуоденит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение, дуодено-гастральный рефлюкс.

Установлен диагноз «Болезнь Бехчета; хронический гастродуоденит, ассоциированный с НР, обострение; острый кератouveит левого глаза; афтозный стоматит; анемия лёгкой степени». Больная получала лечение: глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты, противовоспалительную, антибактериальную терапию; отмечалась положительная динамика. В течение года состояние не ухудшалось.

**Заключение.** Болезнь Бехчета – редко встречающаяся нозологическая форма с манифестацией в детском возрасте. Сложность диагностики при ББ обусловлена отсутствием специфических и высокочувствительных лабораторных и инструментальных методов диагностики, поэтому основополагающим при подозрении на ББ является анализ клинических проявлений заболевания. ББ требует междисциплинарного подхода с привлечением специалистов различных профилей.

## Литература

1. Alekberova Z.S., Lisitsyna T.A., Goloeva R.G. et al. *Bolezn' Behcheta: kliniko-gendernye associacii // Sovremennaja revmatologija (Modern Rheumatology Journal)*. – 2019. – Vol. 13. – №2. – P. 84–89.
2. Jeanette C., Falk R.J., Bacon P.A. et al. // *Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides*. – 2013. – Vol. 65. – №1. – P. 1–11.

## Болезнь Крона: клинический случай

**Статова А.В.**, доц. кафедры педиатрии №2;

**Писоцкая Ю.В., Устюжанина Д.В.**, ординаторы кафедры педиатрии №2.

Руководитель: **Бурлуцкая А.В.**, докт. мед. наук, зав. кафедрой педиатрии №2.

Кубанский государственный медицинский университет.

E-mail: [ms.pisotskaya2017@gmail.com](mailto:ms.pisotskaya2017@gmail.com);

моб. тел.: +7 (989) 280 0522.

**В течение жизни большинство пациентов с болезнью Крона (БК) переносят хотя бы одно оперативное вмешательство, что приводит к ухудшению качества жизни и инвалидизации. Представленное клиническое наблюдение пациента с болезнью Крона демонстрирует сложность диагностики этого заболевания.**

**Ключевые слова:** болезнь Крона, фекальный кальпротектин, дети.

*During life, most patients with CD undergo at least one surgical intervention, which leads to a deterioration in the quality of life and disability. The presented clinical observation of a patient with Crohn's disease demonstrates the complexity of diagnosing this disease.*

*Keywords:* Crohn's disease, fecal calprotectin, children.

**Актуальность.** Болезнь Крона – хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неясной этиологии, характеризующееся сегментарным трансмуральным гранулематозным воспалением, преимущественно с развитием местных и системных осложнений [1, 2].

**Цель исследования** – провести анализ клинического случая болезни Крона.

**Материалы и методы.** История болезни пациента гастроэнтерологического отделения ДККБ г. Краснодара. Проведено ретроспективное исследование.

**Результаты.** Мальчик Д. 17 лет находился на обследовании и лечении в отделении гастроэнтерологии ДККБ г. Краснодара. Поступил с жалобами на отрыжку, редкие ночные акты дефекации, периодические боли в животе, гнойные выделения из прямой кишки. Болеет в течение 2,5 года, когда в декабре 2017 г. появились гнойные выделения из прямой кишки, дискомфорт и боль в области ануса. При обследовании у хирурга в ДДЦ г. Краснодара установлен диагноз «свищ прямой кишки, папиллома». Проводилось консервативное лечение с применением антибактериальных препаратов, отмечалось улучшение. В ноябре 2018 г. появились выраженные боли в животе, в эпигастальной области. Поступил в ДХО-1 ДККБ с подозрением на острый аппендицит, проведена диагностическая лапароскопия, взята биопсия участка подвздошной кишки и мезентериального лимфоузла. Результат ПГИ: в пределах исследованного материала признаки тяжёлого хронического активного колита с деформацией стенки и формированием хронических язвенных дефектов. Данных об опухолевом росте не выявлено. Ребёнок переведён в гастроэнтерологическое отделение для дальнейшего обследования и лечения. Объективный статус: состояние по заболеванию средней степени тяжести за счёт болевого абдоминального синдрома, диспептических расстройств. Температура 36,6 °С. Язык обложен белым налётом. Живот мягкий, не увеличен в объёме, болезненный при пальпации умеренно в эпигастальной, околопупочной областях. Жёлчно-пузырные симптомы отрицательные. Печень и селезёнка не увеличены. Лабораторные исследования. Биохимический анализ крови:

снижение уровня железа до 9 мкмоль/л, повышение уровня креатинина до 96 мкмоль/л, щелочной фосфатазы до 270 Ед/л. Фекальный кальпротектин повышен до 1800. Серологические маркёры: ASCA IgG повышен до 156.60. Инструментальные исследования. ЭФГДС: дистальный эрозивный рефлюкс-эзофагит. Поверхностный гастрит. Эрозивный бульбит. Колоноскопия: болезнь Крона с поражением подвздошной кишки, баугиниевой заслонки и прямой кишки. Катаральный сигмоидит. Гистологическое исследование биопсийного материала: воспалительные заболевания кишечника. Хронический очаговый эрозивный колит, баугинит с деформацией контура крипт и формированием язвенного дефекта. Консультация хирурга: хронический парапроктит. Оперативное лечение в плановом порядке. Установлен диагноз «Болезнь Крона: илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, сигмовидной и прямой кишки, хроническое рецидивирующее течение, обострение; PCDAI 15 баллов; хронический парапроктит; латентный дефицит железа; аномалия формы жёлчного пузыря – загиб в нижней трети тела; хронический гастродуоденит (поверхностный гастрит, эрозивный бульбит), гиперацидный, ассоциированный с НР, обострение; дистальный эрозивный рефлюкс-эзофагит». Больной получал лечение с применением препаратов 5-аминосалициловой кислоты, инфузионной терапии, ферментотерапии, ингибиторов протонной помпы, антибактериальных препаратов. В настоящее время пациент получает патогенетическое лечение БК – достигнута ремиссия заболевания.

**Заключение.** Клинический случай показывает, что воспалительные заболевания кишечника, чаще болезнь Крона, протекают под «масками» хирургических заболеваний, что требует от врачей своевременной диагностики и назначения правильного лечения во избежание непоправимых последствий.

## Литература

1. Катъко В.А., Паталета О.А., Черевко В.М. Болезнь Крона у детей // Медицинский журнал. – 2020. – №2.
2. Авдеева Т.Г. Детская гастроэнтерология. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с.

## Анализ течения воспалительных заболеваний кишечника у детей Краснодарского края

**Статова А.В.**, доц. кафедры педиатрии №2;

**Писоцкая Ю.В., Устюжанина Д.В.**, ординаторы кафедры педиатрии №2.

Руководитель: **Бурлуцкая А.В.**, докт. мед. наук, зав. кафедрой педиатрии №2.

Кубанский государственный медицинский университет.

E-mail: ms.pisotskaya2017@gmail.com;

моб. тел.: +7 (989) 2800522.

**Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) в детском возрасте характеризуются более агрессивным течением, обширностью поражения кишечника, задержкой физического и полового развития. Это обуславливает необходимость анализа клинико-диагностических особенностей течения ВЗК, а также причин несвоевременной постановки диагноза.**

**Ключевые слова:** фекальный кальпротектин, язвенный колит, болезнь Крона.

*Inflammatory bowel disease in childhood is characterized by a more aggressive course, extensive intestinal damage, delayed physical and sexual development, and impaired social adaptation of the child. All of the above makes it necessary to analyze the clinical and diagnostic features of the course of IBD, as well as the reasons for the late diagnosis.*

*Keywords:* fecal calprotectin, ulcerative colitis, Crohn's disease.

**Актуальность.** Проблема воспалительных заболеваний кишечника, к основным формам которых относят язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), у детей становится всё более актуальной [1]. За последние 10 лет заболеваемость ВЗК с началом в детском возрасте возросла в 3,5 раза [2].

**Цель исследования** – провести анализ течения воспалительных заболеваний кишечника у детей Краснодарского края.

**Материалы и методы.** Проведён ретроспективный анализ 68 историй болезни детей с ВЗК, находившихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении ДККБ г. Краснодара в период с 2017 по 2022 год. Проанализированы такие данные, как пол, возраст пациентов к моменту появления первых жалоб и их характер. Оценены показатели иммуноферментных исследований (анализ на фекальный кальпротектин, серологические маркёры ANCA и ASCA), данные ЭФГДС, УЗИ органов брюшной полости, колоноскопии, мультиспиральной КТ, особенности прижизненного гистологического исследования.

**Результаты.** ЯК диагностирован у 56 (82,35%) обследованных детей, БК – у 12 (17,6%). Установлено следующее распределение по полу: для детей, страдающих БК, – семь (58,3%) мальчиков и пять (41,6%) девочек; для детей, страдающих ЯК, – 34 (60,7%) мальчика и 22 (39,2%) девочки. Возрастной диапазон обследованных детей составил от 1 года 5 мес до 17 лет. Средний возраст пациентов – 12,71±4,25 года: для девочек – 10,47±4,93 года, для мальчиков – 14,7±3,89 года. Возраст детей, страдающих БК, в среднем на момент госпитализации составил 13,72±4,4 года, ЯК – 13,31±3,79 года. Возраст больных к моменту появления первых жалоб, характерных для БК, составил 9,5±5,21 года у девочек и 10,9±4,21 года у мальчиков; для ЯК – 11±4,75 года у девочек и 11,4±3,61 года у мальчиков. Боли в животе в дебюте ВЗК отмечались у 35 из 56 (62,5%) больных ЯК и у восьми из 12 (66,6%) пациентов с БК. Напротив, диарея как первый симптом манифестации ВЗК у больных ЯК встречалась значительно чаще, чем при болезни Крона (в 49 из 56 случаев [87,5%] и семи из 12 случаев [58,3%] соответственно). Гематокезия наблюдалась у 32 из 56 больных ЯК (57%) и у четырёх из 12 пациентов (33,3%) с БК. В дебюте ВЗК правильный диагноз после дообследования был поставлен 43 пациентам (76,8%). В остальных случаях ВЗК дебютировали под маской инфекционной, хирургической и гематологической патологии, что привело к увеличению времени диагностики. Анализ на фекальный кальпротектин был назначен 10 (83,3%) пациентам с БК и 29 (51,7%) – с ЯК. Серологические маркёры ANCA и ASCA – семи (58,3%) и 22 (39,2%) пациентам при БК и ЯК соответственно. Колоноскопия выполнена всем пациентам. Она позволила заподозрить, а потом и подтвердить наличие ВЗК после гистологического исследования биоптатов. УЗИ органов брюшной полости проводилось всем пациентам с БК и ЯК. ЭФГДС была проведена в ходе обследования 11 (91,6%) пациентам с БК и 35 (62,5%) с ЯК. МРТ органов брюшной полости была выполнена двум (3,5%) пациентам с ЯК. Мультиспиральная КТ – одному (8,3%) пациенту с БК. Подтипы ВЗК в анализируемой группе по распространённости процесса у детей с БК: илеоколит – восемь случаев (67%); илеит – три

# «Недоношенный ребёнок. Справочник»

Авторы-составители: Л.Н. Софронова и Л.А. Фёдорова

Несомненные успехи в выхаживании детей, появившихся на свет раньше срока, серьёзно повышают долю пациентов с **недоношенностью в анамнезе** не только в специализированных отделениях педиатрических стационаров, но и на амбулаторных участках. К обеспечению их потребностей необходимо **особое внимание**, и от грамотного ведения в первые дни и месяцы жизни во многом зависит **исход выхаживания**.

Представляем вам книгу, содержащую ответы на **основные вопросы**, возникающие у клинициста при работе с детьми, рождёнными раньше срока.



1200<sup>\*</sup> РУБ.

## ОТ ПОНИМАНИЯ ОСНОВ — К УЛУЧШЕНИЮ ИСХОДОВ!

### Как купить:

- онлайн на сайте [praesens.ru](http://praesens.ru) в разделе «Книги»;
- на мероприятиях StatusPraesens;
- на **OZON** (быстрая доставка).\*\*

+7 (495) 109 2627  
+7 (901) 723 2273

ea@praesens.ru

\* Стоимость книги при самовывозе из редакции. Стоимость книги с доставкой «Почтой России» по РФ — 1500 руб.

\*\* Стоимость книги на OZON.RU — 1500 руб.

Цены действительны до 31 декабря 2022 года.

КУПИТЬ



случая (25%); с поражением тела желудка и илеоколит — один случай (8%); у детей с ЯК: проктосигмоидит — 13 случаев (23%); левосторонний колит — 11 случаев (19,6%); тотальный колит — 32 случая (57%). Осложнения ВЗК развились у девяти (13,2%) детей, из них пять (55,5%) составили дети с БК.

**Заключение.** Мальчики болеют чаще ВЗК. Согласно полученным данным, большинство детей с ВЗК — это подростки. Наиболее частым подтипом заболевания при БК является илеоколит (67%), при ЯК — тотальный колит (57%). В клинической картине болезни Крона на первый план выходят боли в животе, тогда как для язвенного колита более характерны такие симптомы, как диарея и гематохезия.

## Литература

1. Катько В.А., Паталета О.А., Черевко В.М. Болезнь Крона у детей // Медицинский журнал. — 2020. — №2.
2. Авдеева Т.Г. Детская гастроэнтерология. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 272 с.

## Анализ приверженности родителей к вакцинопрофилактике детей-подростков против новой коронавирусной инфекции: одномоментное исследование

**Сутовская Д.В.**, канд. мед. наук, доц. кафедры педиатрии №2;  
**Бурлуцкая А.В.**, докт. мед. наук, зав. кафедрой педиатрии №2;  
**Дубова Л.В.**, канд. мед. наук, доц. кафедры инфекционных болезней ФПК и ППС;

**Горбачёва Л.В., Доде-Ходе С.А.**

Кубанский государственный медицинский университет.  
E-mail: dsutovskaya@bk.ru; моб. тел.: +7 (918) 262 5709.

**Получение родителями некачественной информации об иммунизации против новой коронавирусной инфекции детей может способствовать переходу родителей из группы сомневающих в группу категорически отказывающихся от вакцинации, что в дальнейшем может сопровождаться рисками для родственников из групп риска.**

**Ключевые слова:** вакцинация, новая коронавирусная инфекция, дети.

*Parents receiving poor-quality information about immunization against a new coronavirus infection of children can contribute to the transition of parents from the group of doubters to the group of categorically refusing vaccination, which in the future may be accompanied by risks for relatives from risk groups.*

*Keywords: vaccination, new coronavirus infection, children.*

**Актуальность.** С января 2022 г. в ряде российских регионов стала доступна вакцина «Гам-КОВИД-Вак-М» для иммунизации детей от 12 до 17 лет. Вакцинация данной возрастной группы необходима, так как в последнее время заболеваемость новой коронавирусной инфекцией среди детей увеличилась, и подростки могут стать источником инфекции для пожилых родственников. При этом риск отдалённых осложнений у детей недостаточно изучен, поэтому нет однозначного ответа на вопрос «Скажется ли перенесённая инфекция на их здоровье в будущем?». Несмотря на достигнутые успехи вакцинопрофилактики, во многих странах мира отмечается активное развитие антипрививочного движения [1]. Изучение причин формиро-

вания отрицательного отношения населения к вакцинации привело к появлению в медицинской литературе термина «антипрививочный скепсис», который означает сомнение родителей в безвредности, эффективности и необходимости вакцинации [2].

**Цель исследования** — изучить приверженность родителей к вакцинации детей-подростков против новой коронавирусной инфекции.

**Материалы и методы.** Проведён опрос по специально разработанной анкете среди 282 родителей об отношении к вакцинации своих детей. Анкетирование проводилось с использованием Google-формы и включало 15 открытых и закрытых вопросов.

**Результаты.** По вопросу об отношении к вакцинации: в целом 43,9% родителей к вакцинации относятся осторожно и делают прививки выборочно, 33,6% опрошенных регулярно делают прививки, 17,9% категорически отказываются от вакцинации, а 4,6% имеют медицинский отвод. Наиболее популярными причинами отказа от вакцинации были боязнь осложнений (41,4%), недостаточная защита от инфекции путём вакцинации (30%) и некачественность вакцин (18%). Среди других причин отказа от вакцинации встречаются такие, как «лучше переболеть» (5,3%), религиозная убеждённость (2,3%), отсутствие риска заражения инфекцией (2,1%) и «отговорили медицинские работники» (0,9%). Информацию о прививках большинство родителей получают от медработников (44,7%), из интернета (35,6%) и телепередач (10,5%). Другая часть опрошенных прислушивается к советам друзей (5,4%) и информации из радиопередач (3,8%). Среди опрошенных 48,8% сомневаются в эффективности вакцины «Спутник-М», 23,3% считают иммунизацию детей против SARS-CoV-2 ненужной, 22,9% родителей затрудняются ответить, а 5% респондентов убеждены, что вакцинация детей против новой коронавирусной инфекции нужна.

**Заключение.** По результатам опроса большая доля опрошенных родителей (48,8%) сомневаются в необходимости вакцинации детей против новой коронавирусной инфекции, категорически отказываются от иммунизации 23,3% родителей, считая вакцинацию против SARS-CoV-2 ненужной. Для получения информации об иммунизации родители чаще всего прибегают к помощи медицинских работников (44,7%), интернет-ресурсам (35,6%) и средствам массовой информации (10,5%). Непопулярная и недостоверная информация о безопасности и эффективности вакцинопрофилактики, размещённая в общем доступе, способствует переходу родителей из группы сомневающих в группу категорически отказывающихся от вакцинации.

## Литература

1. Мацукова Б.О., Гумбатова З.Ф., Аминова А.И. и др. Результаты изучения общественного мнения о вакцинопрофилактике методом анкетирования // Вопросы практической педиатрии. — 2018. — №13 (6). — С. 16–23.
2. Мац А.Н., Чепрасова Е.В. Антипрививочный скепсис как социально-психологический феномен // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. — 2014. — №5 (78). — С. 111–115.

## Отдалённая динамика уровня специфических IgG-антител у вакцинированных «Гам-Ковид-Вак» студентов: проспективное исследование

Сутовская Д.В., канд. мед. наук, доц. кафедры педиатрии №2;  
Бурлуцкая А.В., докт. мед. наук, зав. кафедрой педиатрии №2;  
Дубова Л.В., канд. мед. наук, доц. кафедры инфекционных болезней ФПК и ППС;  
Горбачева Л.В., Крылова Д.Р.

Кубанский государственный медицинский университет.  
E-mail: dsutovskaya@bk.ru; моб. тел.: +7 (918) 262 5709.

**Массовая вакцинация студентов против новой коронавирусной инфекции способствовала снижению уровня заболеваемости в 2,4 раза. Вакцина «Гам-КОВИД-Вак» показала эффективность и удовлетворительный профиль безопасности.**

**Ключевые слова:** вакцинация, новая коронавирусная инфекция, студенты.

*Mass vaccination of students against a new coronavirus infection contributed to a 2.4-fold decrease in the incidence rate. The Gam-Covid-Vac vaccine has shown efficacy and a satisfactory safety profile.*  
*Keywords: vaccination, new coronavirus infection, students.*

**Актуальность.** Наиболее эффективной стратегией для борьбы с пандемией новой коронавирусной инфекции является массовая вакцинация, основная цель которой — снижение уровня заболеваемости, летальности и степени тяжести течения болезни [1]. Сегодня в мире ведётся активная массовая иммунизация против SARS-CoV-2. Рейтинг стран с наиболее высокими показателями охвата вакцинацией возглавляют Объединённые Арабские Эмираты, Куба и Китай, где более 85% населения иммунизированы от новой коронавирусной инфекции. Вместе с тем уровень заболеваемости в ОАЭ составил 29,14 на 100 тыс. населения, летальности — 0,01. По данным оперштаба, темпы вакцинации населения в России значительно отстают и на 12 марта 2022 г. охват вакцинацией составил 49,49%, а уровень заболеваемости — 320 на 100 тыс., летальности — 3,29. Студенты как наиболее активная и мобильная часть населения, часто объединяющаяся в учебные и неформальные группы, представляют особую группу риска для распространения инфекции и нуждаются в проведении вакцинопрофилактики.

**Цель исследования** — изучить иммуногенность, переносимость и эффективность вакцины «Гам-КОВИД-Вак» среди студентов Кубанского государственного медицинского университета.

**Материалы и методы.** Исследование поствакцинального иммунитета проводилось в период с декабря 2020 г. по ноябрь 2021 г. Обследованы 119 серонегативных студентов от 18 до 30 лет. Определяли IgG к SARS-CoV-2 (метод твердофазного иммуноферментного анализа) через 1, 3, 6 мес после завершённых двух туров вакцинации. Оценивали побочные проявления после иммунизации и случаи заболевания COVID-19 в ходе исследования.

**Результаты.** Уровень IgG к SARS-CoV-2 через 1 мес после вакцинации варьировал от 6,15 до 19,38 (AU/мл) и составил 16,39±1,12 (AU/мл). В динамике через 3 мес показатели иммуногенности находились в интервале от 4,407 до 21,5 (AU/мл) (14,74±2,93). Через 6 мес после завершённой иммунизации титры IgG зарегистрированы в диапазоне от 4,14 до 17,71 (AU/мл) (10,97±4,69). При анализе результатов серологического исследования в динамике установлены достоверные различия между 1 и 3 мес ( $p=0,000037$ ), 1 и 6 мес ( $p=0,000047$ ), а также

3 и 6 мес ( $p=0,000067$ ). При этом установлена отрицательная корреляция ( $r=-0,5$ ;  $p=0,002$ ) между периодом от завершённых туров вакцинации и уровнем защитных антител к SARS-CoV-2. Побочные проявления после иммунизации зарегистрированы у 34 респондентов, что составило 28,6%. Местные (гиперемия, боль, отёк в месте инъекции) — у 21 (17,6%): слабые — 90,4%, сильные — 9,6%; общие (повышение температуры тела, слабость, озноб, головная боль, артралгия, миалгия) — у 13 (10,9%), слабые и сильные (69,2 и 30,8% соответственно). Как местные, так и общие побочные проявления после иммунизации (ПППИ) одновременно отмечались у 18 человек (15,1%). Среди студентов КубГМУ охват двумя турами вакцинации в мае 2021 г. составил 30,3%, в ноябре 2021 г. — 79,1%, охват ревакцинации на ноябрь составил 33%. Вместе с тем количество зарегистрированных случаев заболевания новой коронавирусной инфекцией среди студентов вуза в мае отмечено у 98 респондентов (3,81%), в ноябре — у 40 (1,57%).

**Выводы.** Вакцина способствовала устойчивому гуморальному ответу, продемонстрировала удовлетворительный профиль безопасности; в ходе исследования не было зарегистрировано случаев прекращения вакцинации вследствие побочных явлений. Случаи новой коронавирусной инфекции отмечены у 14,2% респондентов с давностью вакцинации более 6 мес, инфекция протекала в лёгкой форме. В связи с этим целесообразно рекомендовать ревакцинацию через полгода для поддержания иммунологической защищённости. Массовая вакцинация среди студентов КубГМУ против COVID-19 снизила уровень заболеваемости в 2,4 раза.

### Литература

1. Сутовская Д.В., Бурлуцкая А.В., Дубова Л.В. и др. Иммунологическая защищённость лиц в возрасте от 3 до 25 лет против коклюшной инфекции: региональное одномоментное исследование // Вопросы современной педиатрии. — 2021. — Т. 20. — №1. — С. 62–66.

## Высокопроизводительное секвенирование в пренатальной диагностике, показания и результаты

Удалова В.Ю., врач-генетик, руководитель направления NGS. Медико-генетический центр «Геномед».  
E-mail: udalova@genomed.ru; моб. тел.: +7 (985) 930 9654.

**Анализ пренатального материала 294 образцов методом высокопроизводительного секвенирования показал высокую эффективность диагностики, наследственная причина клинических проявлений у плода была выявлена в 32%. Наибольший процент выявляемости был определён среди случаев с патологией костной системы и патологией почек — 24,8 и 10,2% соответственно. Полученные результаты наглядно демонстрируют необходимость проведения молекулярно-генетической диагностики при подозрении на моногенную патологию у плода или при наличии пороков развития с неустановленной этиологией.**

**Ключевые слова:** секвенирование, пренатальная диагностика.

*Analysis of prenatal material of 294 samples by high-throughput sequencing showed high diagnostic efficiency, the hereditary cause of clinical manifestations in the fetus was identified in 32%. The*

*highest detection rate was determined among cases with malformations of the skeletal system and malformations of the kidneys – 24.8% and 10.2%, respectively. The results obtained clearly demonstrate the need for molecular genetic diagnostic in case of suspected monogenic diseases in the fetus or in the presence of malformations with unknown etiology.*

*Keywords: sequencing, prenatal diagnosis.*

**Актуальность.** Врождённые пороки развития плода встречаются с частотой до 5%, до 35% случаев могут быть обусловлены изменением наследственного материала, однако при проведении стандартного кариотипирования или молекулярно-цитогенетического анализа высокий процент наследственной патологии остаётся недиагностированным. Исследование методом секвенирования нового поколения позволяет с большей точностью изучить структуру моногенной патологии среди аномалий развития плода, а также позволяет с высокой точностью определить не только прогноз для плода, но и риски при дальнейшем деторождении в паре.

**Цель исследования** – продемонстрировать значение высокопроизводительного секвенирования в диагностике моногенной патологии и в пренатальном периоде.

**Материалы и методы.** В исследовании проводится молекулярно-генетический анализ 294 пренатальных образцов (ворсины хориона, амниотическая жидкость, пуповинная кровь). Анализ ДНК проводился по технологии секвенирования нового поколения (Next Generation Sequencing, NGS) методом парно-концевого чтения. Средний возраст беременных 33 (23–44) года, средний гестационный срок плодов – 22 (11–34) нед.

**Результаты.** В большинстве случаев метод высокопроизводительного секвенирования используется в пренатальной диагностике в случае наличия маркёров хромосомной патологии по результатам первого скрининга или множественных врождённых пороков развития (МВПР) по данным УЗИ, а также при отрицательном результате кариотипирования или хромосомного микроматричного анализа. Данный метод использовался также при подозрении моногенной патологии по результатам УЗ-диагностики, в частности, патологии костной системы (дисплазии, укорочение и деформации конечностей и др.) – до 24,8% от общей выборки, патологии почек (наиболее частым проявлением является поликистоз почек) – 10,2%, пороков ЦНС – 4,8%, ВПС и рабдомиомы сердца – до 2,5%. В выборке присутствовали случаи с отягощённым семейным анамнезом по предположительно моногенной патологии в отсутствие подтверждённого диагноза молекулярно-генетически. Результаты исследования показали эффективность высокопроизводительного секвенирования (выявление патогенных и вероятно патогенных вариантов) до 32% в общей выборке. Однако данные существенно варьируют в группах с разным направительным диагнозом. При наличии костной патологии выявляемость составляет до 67%, патологии почек – до 43%, патологии ЦНС – до 14%, ВПС и предположительного туберозного склероза – до 33%.

**Заключение.** Метод высокопроизводительного секвенирования показал высокую эффективность диагностики моногенной патологии и в пренатальном периоде, что позволяет определить прогноз для плода и прогноз дальнейшего деторождения в семье, а также тактику ведения беременности.

## Литература

1. Бондарев Ю.И., Митина И.Н. Неинвазивная ультразвуковая диагностика врождённых пороков сердца. – М.: Видар-М, 2004. – 304 с.
2. Медведев М.В. Алгоритмы пренатальной диагностики. – М.: СамИздат, 2005. – 31 с.
3. Fu F., Li Y., Nie Z-Q. et al. Whole exome sequencing as a diagnostic adjunct to clinical testing in fetuses with structural abnormalities // *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. – 2018. – Vol. 51. – №4 – P. 493–502.

## Синдром Ретта у девочки 3 лет: случай из практики

*Устюжанина Д.В., Писоцкая Ю.В., ординаторы кафедры педиатрии №2.*

*Руководитель: Бурлуцкая А.В., докт. мед. наук, зав. кафедрой педиатрии №2.*

*Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар.*

*E-mail: lili.colin@mail.ru; моб. тел.: +7 (995) 201 3041.*

**Синдром Ретта** – редкое генетическое заболевание, имеющее множество «масок», что приводит к затруднению своевременной диагностики и постановки диагноза. Несмотря на то что за последние два десятилетия объём знаний по этой патологии значительно увеличился, существуют фенотипически подобные заболевания, требующие соответствующего диагностического поиска для определения стратегии лечения.

**Ключевые слова:** синдром Ретта, прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы, дети, редкий наследственный синдром.

*Rett syndrome is a rare genetic disease that has many «masks», which leads to the difficulty of timely diagnosis and diagnosis. Despite the fact that over the past two decades, the amount of knowledge on this pathology has increased significantly, there are phenotypically similar diseases that require an appropriate diagnostic search to determine the treatment strategy.*

*Keywords: Rett syndrome, progressive degenerative disease of the central nervous system, children, rare hereditary syndrome.*

**Актуальность.** Синдром Ретта – генетическое X-сцепленное заболевание, приводящее к регрессу психомоторных навыков, социальной аутизации [1, 2].

**Цель исследования** – описать клинический случай синдрома Ретта у девочки 3 лет.

**Материалы и методы.** История болезни девочки с синдромом Ретта, находившейся на обследовании и лечении в неврологическом отделении ДККБ г. Краснодара. Проведено клиническое ретроспективное исследование.

**Результаты.** Девочка А., 3 года, родилась от первой беременности, острая респираторная инфекция (ОРИ) у матери в 6 нед, гестационный сахарный диабет у матери. Роды первые срочные, масса при рождении 3260 г, длина тела 52 см, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Ребёнок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей, к груди приложена на 5-е сутки в связи с аспирационным синдромом, гипоксией 2-й степени. В раннем неонатальном периоде отмечались приступы апноэ, выписана на 18-е сутки с диагнозом «перинатальная церебральная ишемия 2-й степени». Синдром вегето-висцеральной дисфункции. Девочка росла и развивалась по возрасту. Привита в соответствии с Национальным календарём прививок.

В 1 год 3 мес мама обратилась к участковому педиатру с жалобами на задержку речи у ребёнка, нарушение походки, потерю навыков (стала плохо удерживать игрушки, падать при ходьбе). Проведены исследования: биохимические показатели, гормонограмма в пределах нормы. Ребёнок направлен на дообследование в медико-генетическую консультацию – патологии не выявлено.

В 2 года 3 мес девочка госпитализирована в неврологическое отделение ДККБ. Ребёнок самостоятельно не стоит, ноги согнуты в коленных суставах, отмечаются стереотипные движения руками моющего характера. Речь на уровне звуковых комплексов. Инструкции не выполняет. Интеллект резко снижен. Лицо гипомимично, редкая смена взора. Альтернирующее косоглазие. Мышечный тонус снижен, туловищная атаксия. Ходит у опоры. Навыками самообслуживания не владеет.

Предварительный диагноз: «Детский церебральный паралич; резидуальный период; атонически-атактическая форма 3-й степени тяжести; задержка формирования экспрессивной речи и когнитивных функций».

Лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи в норме. Биохимическое исследование крови в пределах нормы. Инструментальные исследования: УЗИ сердца, печени, селезёнки, почек – патологии не выявлено. Электромиография: снижение проведения импульса по моторным волокнам смешанного типа. Электроэнцефалограмма (ЭЭГ): пароксизмальная активность, комплексы эпилептиформной активности «спайк-волна» по правым лобно-височным отведениям. Видеомониторинг ЭЭГ – региональная эпилептиформная активность с акцентом на центральном регионе и правой височной области. Компьютерная томография головного мозга: расширение височного рога левого бокового желудочка.

Консультация невролога: детский церебральный паралич, резидуальный период, атонически-атактическая форма 3-й степени тяжести; задержка формирования экспрессивной речи и когнитивных функций. Первичная консультация генетика: синдромальной патологии не выявлено.

Так как проведённый диагностический поиск не дал возможности установить причину неврологических отклонений, материал направлен на генетическое исследование в Медико-генетический научный центр им. акад. Н.П. Бочкова (Москва). Выявлена мутация с. 468 C>G (p.D156E) в гетерозиготном состоянии, установлен диагноз «синдром Ретта».

Рекомендовано лечение препаратами, улучшающими мозговое кровообращение; реабилитационный курс массажа, физиотерапии, комплекс лечебной физкультуры.

**Заключение.** Синдром Ретта относится к редким генетическим заболеваниям [3, 4]. Клинический случай подчёркивает важность генетического обследования детей с прогрессирующей утратой ранее приобретённых навыков для более точного и раннего установления диагноза.

## Литература

1. Percy A.K. *Progress in Rett syndrome: from discovery to clinical trials* // *Wien. Med. Wochenschr.* – 2016. – №166 (11–12). – P. 325–332.
2. Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Воинова В.Ю. и др. *Синдром Ретта в России и за рубежом: научный исторический обзор* // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* – 2020. – №65 (3). – С. 25–31.
3. Воинова В.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б. и др. *Алгоритм диагностики X-сцепленных форм умственной отсталости у детей* // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* – 2016. – №61 (5). – С. 34–41.

4. Gold W.A., Krishnaraj R., Ellaway C. et al. *Rett Syndrome: A Genetic Update and Clinical Review Focusing on Comorbidities* // *ACS Chem Neurosci.* – 2018. – №9 (2). – P. 167–176.

## Влияние дефицита железа, развившегося в подростковом возрасте, на память и внимание

*Шадрин И.Л., ассистент кафедры госпитальной педиатрии. Самарский государственный медицинский университет. E-mail: 7gbshadrina@mail.ru; моб. тел.: +7 (927) 7072474.*

**Изучение результатов проб, характеризующих память и внимание у мальчиков-подростков, страдающих латентным дефицитом железа и железодефицитной анемией лёгкой степени, показало незначительное влияние железодефицитных состояний на уровень памяти и внимания, однако выявлена тенденция к более высокой утомляемости при выполнении заданий, связанных с вниманием.**

**Ключевые слова:** дети, дефицит железа, железодефицитная анемия, память, когнитивные способности.

*Results of tests on memory and attention in adolescent boys with iron deficiency without anemia and mild iron deficiency anemia showed a nonsignificant effect of iron deficiency on memory and attention. However, we also found a tendency to higher fatigue levels when performing tasks on attention.*

*Keywords: children, iron deficiency, iron deficiency anemia, memory, cognition.*

**Актуальность.** Современные литературные данные показывают влияние необратимых последствий дефицита железа (ДЖ) и железодефицитной анемии (ЖДА) на когнитивные возможности [1, 2], а также связь с другими нейрокогнитивными нарушениями [2]. В то же время большинство исследований сосредоточено на детях младшего возраста. Таким образом, остаётся неизвестным влияние ДЖ, развивающегося в подростковом возрасте, когда формирование большинства структур нервной системы завершено.

**Цель исследования** – изучить возможное влияние железодефицитных состояний (ЖДС) у мальчиков-подростков на уровень памяти и внимания в сравнении со здоровыми.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено на базе Самарского кадетского корпуса МВД РФ методом сплошной выборки в рамках планового профилактического осмотра. В исследование включены 122 мальчика-подростка (средний возраст 14,8±0,9 года) I и II группы здоровья. ЖДС установлены в соответствии с международными критериями [3] по уровню сывороточного ферритина и результатам ОАК. Дети разделены на две группы: основную (ЖДС) – 23 человека (из них – три с ЖДА); и контрольную (здоровые) – 99 человек. Память и внимание оценивались по пробе на запоминание 10 слов А.Р. Лурия, красно-чёрным таблицам Горбова и корректурной пробе [4].

**Результаты.** Проба с запоминанием 10 слов не выявила различий между группами: запомнили все слова 43,5% (10) детей основной группы и 40,4% (40) детей контрольной группы (p=0,817). Среднее число запомненных слов также не отличалось: 7,4; 1,1 и 7,5; 0,8 соответственно (t[47,5]=0,8, p=0,935). Нормальный тип кривой запоминания слов выявлен у 56,5% (13) детей с ЖДС и 46,5% (46) детей группы сравнения (p=0,385). В результате интегральной оценки пробы у большинства детей установлен высокий уровень слуховой памяти (69,6% [16] в основной и 61,6% [61] в контрольной

группе,  $p=0,632$ ). Исследование переключения внимания с использованием красно-чёрных таблиц Горбова показало тенденцию к более низким показателям в группе дефицита железа, однако значимые отличия получены только по одному показателю — числу ошибок во второй пробе, которых в основной группе было 0 (0; 24), в контрольной — 0 (0; 0) ( $p=0,029$ ), что может свидетельствовать об утомляемости. По результатам корректурной пробы Бурдона обнаружено, что все показатели, характеризующие степень концентрации и устойчивости внимания, у детей с ЖДС были несколько выше, чем у здоровых, однако без должного уровня достоверности: общее время выполнения  $215,4 \pm 53,4$  против  $198,4 \pm 50,2$  сек ( $p=0,560$ ), точность 89,7 (82,4; 97,8) против 93,6 (88,2; 97,1) ( $p=0,281$ ), мощность 0,29 (0,22; 0,36) против 0,34 (0,23; 0,41) ( $p=0,109$ ) и продуктивность 3145,6 (2623,5; 3927,3) против 3323,1 (2728,5; 4018,6) ( $p=0,265$ ). Уровень устойчивости ниже среднего и низкий обнаружен несколько чаще у детей с ЖДС: 43,5% (10) в группе с ДЖ и 35,4% (35) ( $p=0,471$ ). Нежелательные типы кривой устойчивости внимания встречались в группе с ДЖ не чаще, чем в группе здоровых ( $p>0,05$ ).

**Заключение.** ЖДС, развивающиеся в подростковом возрасте, оказывают незначительное влияние на уровень памяти и внимания. Тем не менее у подростков с ЖДС выявлена тенденция к высокой утомляемости при выполнении заданий, связанных с вниманием, что при тяжёлых формах ДЖ может оказывать более выраженное негативное влияние.

## Литература

1. Barks A.K., Liu S.X., Georgieff M.K. et al. Early-Life Iron Deficiency Anemia Programs the Hippocampal Epigenomic Landscape // *Nutrients*. — 2021. — №13 (11). — P. 3857.
2. Ferreira A., Neves P., Gozzelino R. Multilevel Impacts of Iron in the Brain: The Cross Talk between Neurophysiological Mechanisms, Cognition, and Social Behavior // *Pharmaceuticals (Basel)*. — 2019. — №12 (3). — P. 126.
3. World Health Organization. *Nutritional anaemias: tools for effective prevention and control*. — Geneva: World Health Organization, 2017.
4. Рубинштейн С.Я. *Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике*. — М.: Апрель-Пресс: Психотерапия, 2010. — 224 с.

## Оценка качества жизни, связанного со здоровьем у детей периода новорождённости

**Шевцова К.Г.**, канд. мед. наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения;

**Березкина Е.Н.**, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения;

**Заступова А.А.**, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения.

Руководители: **Моисеева К.Е.**, докт. мед. наук, доц., проф. кафедры общественного здоровья и здравоохранения;

**Ионова Т.И.**, докт. биол. наук, проф., проф. кафедры общественного здоровья и здравоохранения.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

E-mail: [audit-line1@yandex.ru](mailto:audit-line1@yandex.ru);

моб. тел.: +7 (911) 158 7574.

**Качество жизни, связанное со здоровьем, — это многомерная система, состоящая из физических, психологических и социальных аспектов, определённых Всемирной органи-**

**зацией здравоохранения как основополагающие детерминанты понятия здоровья. В отдельных клинических ситуациях, при которых полное выздоровление маленького пациента невозможно, повышение его качества жизни является основной и единственной целью комплекса медицинских вмешательств. В ходе исследования установлено, что качество жизни у детей, родившихся больными или заболевших, значительно ниже, чем у здоровых новорождённых. Суммарный балл их психосоциального здоровья был ниже на 4,8%, физического — на 15,3%, что проявлялось в сниженной по сравнению со здоровыми детьми активности, в том числе физической — на 25,1%, социальной — на 9,3%.**

**Ключевые слова:** качество жизни, связанное со здоровьем; новорождённые.

*Health-related quality of life is a multidimensional system consisting of physical, psychological and social aspects defined by the World Health Organization as the fundamental determinants of the concept of health. In certain clinical situations in which a complete recovery of a small patient is impossible, improving his quality of life is the main and only goal of a complex of medical interventions. The study found that the quality of life in children born sick or ill is significantly lower than in healthy newborns. The total score of their psychosocial health was lower by 4,8%, physical — by 15,3%, which was manifested in reduced activity compared to healthy children, including physical — by 25,1%, social — by 9,3%.*

*Keywords:* health-related quality of life, newborns.

**Актуальность.** Измерение качества жизни, связанного со здоровьем, всё чаще используется для оценки воздействия на состояние пациента как различных заболеваний, так и методов их лечения. Однако исследования о показателях качества жизни в популяции детей младенческого возраста крайне ограничены. Вместе с тем в случаях, когда полное выздоровление маленького пациента невозможно, измерение качества жизни является именно тем интегральным показателем, который обеспечивает полноценный индивидуальный мониторинг за состоянием его здоровья. Изменения в показателях качества жизни могут служить дополнительным индикатором оценки эффективности медицинских вмешательств в области лечения и реабилитации детей, родившихся больными и заболевших [1, 2].

**Цель исследования** — оценить и проанализировать качество жизни, связанное со здоровьем у здоровых новорождённых и детей, родившихся больными или заболевших.

**Материалы и методы.** Оценка качества жизни проводили с использованием опросника PedsQL. В исследовании приняли участие 379 новорождённых: основная группа — 183 ребёнка (родившиеся больными и заболевшие), контрольная группа — 196 новорождённых (здоровые дети). Математическая обработка данных проведена с использованием пакета статистических программ Statistica 10.0. Уровень значимости был установлен как  $p<0,05$ . Данные описательной статистики были представлены в виде среднего арифметического значения и стандартного отклонения.

**Результаты.** Общий балл качества жизни детей, родившихся больными и заболевших, составил  $72,3 \pm 11,6$  балла, что достоверно ниже такового у здоровых на 9,5% ( $79,9 \pm 10,6$  балла). Суммарный балл физического функционирования у этих детей был ниже, чем у здоровых на 15,3% ( $69,3 \pm 14,5$  против  $81,8 \pm 11,4$ ). Сравнительная оценка суммарных баллов психосоциального здоровья у больных и здоровых детей продемонстрировала сходную тенденцию. У родившихся больными и заболевших детей психосоциальное здоровье оценивалось в  $74,6 \pm 14,5$  балла,

# ВСЁ САМОЕ ВКУСНОЕ

## И АКТУАЛЬНОЕ



**Получайте**  
актуальную и полезную  
информацию из мира  
педиатрии и неонатологии



**Читайте**  
новости и обзоры статей  
из российских и зарубежных  
источников



**Делитесь**  
вашим профессиональным  
мнением с коллегами

Сообщества  
StatusPraesens  
для неонатологов

 **ПОДПИСАТЬСЯ**

 **ПОДПИСАТЬСЯ**

Сообщества  
StatusPraesens  
для педиатров

 **ПОДПИСАТЬСЯ**

 **ПОДПИСАТЬСЯ**

Присоединяйтесь  
к нам в Telegram  
и ВКонтакте!

что было ниже соответствующего показателя у здоровых детей на 4,8% (78,4±12,4). Показатели физической активности в основной группе были ниже показателей в контрольной группе на 25,1% (60,9±23,1 против 81,3±15,4), показатели социальной активности – на 9,3% (75,2±24,1 против 82,9±16,8).

**Заключение.** Качество жизни у детей, родившихся больными или заболевших, значительно ниже, чем у здоровых новорождённых. Суммарный балл их психосоциального здоровья ниже на 4,8%, физического – на 15,3%.

### Литература

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В. Изучение качества жизни в медицине и педиатрии // *Вопросы современной педиатрии*. – 2005. – №2 (4). – С. 7–12.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в педиатрии / *Ред. Ю.Л. Шевченко*. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: РАЕН, 2017. – 181 с.

## Оценка эффективности 3% раствора натрия хлорида в сравнении со стандартной терапией при тяжёлом течении острого бронхолитита у детей

**Цыганков А.Е.**, врач анестезиолог-реаниматолог;

**Стасевич Н.Ю.**, докт. мед. наук, ведущий научный сотрудник;

**Овсянников Д.Ю.**, зав. кафедрой педиатрии медицинского факультета РУДН;

**Николишин А.Н.**, зам. главного врача по анестезиологии и реанимации;

**Гостева О.М.**, зав. детским инфекционным отделением №2 ММКЦ «Коммунарка».

Морозовская ДГКБ ДЗМ, Научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко.

E-mail: tsyankovae1989@gmail.com;

моб. тел.: +7 (926) 706 8933.

**Наиболее часто острый бронхолитит (ОБ) встречается у детей первого года жизни (более 80% случаев), 7–14% из которых требуют стационарного лечения, в мире ОБ является наиболее распространённой причиной госпитализации у детей в возрасте до 2 лет. В современных клинических протоколах не рекомендовано рутинное применение множества исследованных групп препаратов, однако исследования основаны на менее тяжёлых группах пациентов, не нуждающихся в проведении респираторной поддержки. В последнее десятилетие продолжается поиск групп пациентов, которые будут иметь наибольшую пользу от проведения тех или иных методов медикаментозного лечения.**

**Ключевые слова:** острый бронхолитит, дети, терапия, эффективность.

*The most common acute bronchiolitis (OB) occurs in children of the 1st year of life (more than 80% of cases), 7–14% of which require inpatient treatment, in the world, OB is the most common cause of hospitalization in children under the age of 2 years. Current clinical protocols do not recommend routine use of many of the studied groups of drugs, however, studies are based on less severe groups of patients who do not need respiratory support. In the last decade, the search continues for groups of patients who will benefit the most from certain methods of drug treatment.*

*Key words:* acute bronchiolitis, children, therapy, effectiveness.

**Актуальность.** Острый бронхолитит – это острое воспалительное заболевание нижних дыхательных путей с преимущественным поражением мелких бронхов и бронхиол, развивающееся у детей первых двух лет жизни. Согласно отечественным локальным данным, заболеваемость бронхолититом составляет 114–137 на 1000 детей [1]. Однако чаще заболевание в нашей стране не диагностируется, протекает «под маской» пневмонии, мало известно широкому кругу педиатров. До 10% госпитализированных детей нуждается в лечении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) [2, 3]. По данным 9-летнего исследования, в США доля больных с ОБ в ОРИТ составляет 19,3% [4], при этом усреднённый показатель смертности – 2,8 на 100 тыс. детей [5]. Современные исследования демонстрируют отсутствие консенсуса в подходах к респираторной поддержке и высокую распространённость назначения нереконмендованных групп препаратов, в частности бронхолитиков (31–83%), антибиотиков (19–70%), глюкокортикостероидов (ГКС, 5–33%), неоднозначно отношение и к другим методам лечения [6–9]. Эффективность ингаляций 3% гипертонического раствора (ГР) хлорида натрия широко обсуждается последние десятилетия, и в литературе до сегодняшнего дня по данному вопросу нет однозначного мнения.

**Цель исследования** – оценка эффективности ингаляций с 3% раствором натрия хлорида у больных с тяжёлым течением острого бронхолитита в сравнении со стандартной терапией.

**Материалы и методы.** Данное исследование представляет собой пилотное рандомизированное клиническое исследование эффективности в параллельных группах. На клинических базах пациенты поровну распределены случайным образом методом рандомизации «чётный/нечётный» с помощью мобильной программы (метод простой рандомизации) на две группы по 15 пациентов в каждой (всего 30 человек) для назначения ингаляций с 3% раствором натрия хлорида. Пациенты – мальчики и девочки в возрасте от 1 мес до 2 лет. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием математико-статистических методов (определение достоверности по критерию Стьюдента –  $t$ , определение средней –  $m$  и её ошибки –  $\sigma$ ). Статистический анализ полученных данных проведён при помощи программ STATISTICA v. 8.0 (США), Microsoft Access 2007.

**Результаты.** Исследование проводилось в ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ, Морозовской ДГКБ ДЗМ. Критериями включения детей в исследование были: подписание законным представителем формы информированного согласия на участие в исследовании; дети в возрасте от 1 мес до 2 лет; выставленный диагноз острого бронхолитита; тяжёлое течение; потребность в дотации дополнительного кислорода или проведении респираторной поддержки.

Критериями исключения были: возраст более 2 лет; известная гиперчувствительность к компонентам препарата; отказ законного представителя от участия в исследовании; другие заболевания и состояния, клинически значимые отклонения по результатам лабораторного или инструментального исследования, которые, по мнению врача-исследователя, могут искажать результаты исследования, ограничивать участие пациента в исследовании или создавать необоснованный риск для пациента в отношении его безопасности; клинический манифестирующий синдром полиорганной недостаточности.

По результатам исследования у всех детей основной группы на фоне ингаляций 3% раствора натрия хлорида наблюдалась положительная клиничко-функциональная динамика на 2–3-е сутки терапии. Во всех группах на фоне проведения

стандартной терапии состояние детей постепенно улучшалось. Однако именно в основной группе выявлены статистически значимые преимущества уменьшения тяжести течения бронхиолита в виде снижения оценки по шкале mWCAS (модифицированная клиническая шкала астмы Вуда).

По результатам применения 3% раствора натрия хлорида у детей основной группы обнаружена значительная корреляция между использованием 3% ГР и уменьшением продолжительности респираторной поддержки и госпитализации в ОРИТ у пациентов с РСВ-бронхиолитом (на 0,72 [p=0,05] и 0,81 [p=0,05] соответственно).

**Заключение.** Таким образом, лечение 3% раствором натрия хлорида в виде ингаляций является современным и эффективным методом комплексной терапии острого бронхиолита у детей в возрасте до 2 лет. 3% раствор натрия хлорида оказывает выраженный лечебный эффект в первые дни болезни (2–3-и сутки) в виде положительной клинико-функциональной динамики симптомов заболевания. Данное исследование может послужить основанием для проведения новых проспективных исследований, посвящённых изучению ГР конкретно у детей с острым бронхиолитом тяжёлого течения.

## Литература

1. Tatchenko V.K. Respiratory diseases in children. – M.: Pediatrician, 2012. – С. 188–196.
2. Schlapbach L.J., Straney L., Gelbart B. et al. Burden of disease and change in practice in critically ill infants with bronchiolitis // *Eur. Respir. J.* – 2017. – Vol. 49. – P. 1601648. – URL: <https://doi.org/10.1183/13993003.01648-2016>.
3. Onoro G., Perez Suarez E., Iglesias Bouzas M.I. et al. Severe bronchiolitis. Changes in epidemiology and respiratory support // *An. Pediatr. (Barc.)*. – 2011. – Vol. 74. – P. 371–376.
4. Pelletier J.H., Au A.K., Fuhrman D. et al. Trends in Bronchiolitis ICU Admissions and Ventilation Practices: 2010–2019 // *Pediatrics*. – 2021. – №147 (6). – P. e2020039115.
5. Mahant S., Parkin P.C., Thavam T. et al. Rates in Bronchiolitis Hospitalization, Intensive Care Unit Use, Mortality, and Costs From 2004 to 2018 // *JAMA Pediatr.* – 2021. – Dec 20.
6. Цыганков А.Е., Овсянников Д.Ю., Афуков И.И. и др. Современный взгляд на лечение острого бронхиолита в педиатрических ОРИТ: обзор литературы // *Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова*. – 2022. – №3. – С. 111–123. – URL: <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2022-3-111-123>.
7. Marcos-Morales A., García-Salido A., Leoz-Gordillo I. et al. Respiratory and pharmacological management in severe acute bronchiolitis: Were clinical guidelines not written for critical care? // *Arch. Pediatr.* – 2021. – Feb. – №28 (2). – P. 150–155. [PMID: 33339722]
8. Mecklin M., Heikkilä P., Korppi M. The change in management of bronchiolitis in the intensive care unit between 2000 and 2015 // *Eur. J. Pediatr.* – 2018. – Jul. – №177 (7). – P. 1131–1137. [PMID: 29766326]
9. Pierce H.C., Mansbach J.M., Fisher E.S. et al. Variability of intensive care management for children with bronchiolitis // *Hosp. Pediatr.* – 2015. – Vol. 5. – P. 175–184. – URL: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2014-0125>.

## Частота заболеваемости детей, оперированных по поводу дефекта межжелудочковой перегородки

**Ющенко А.Ю.**, ассистент кафедры педиатрии, физиотерапии и курортологии;

**Каладзе Н.Н.**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой педиатрии, физиотерапии и курортологии.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского.

E-mail: [yushrnko\\_aleksandra@mail.ru](mailto:yushrnko_aleksandra@mail.ru);

моб. тел.: +7 (978) 7679300.

**Большинство детей, оперированных по поводу дефекта межжелудочковой перегородки, относятся к часто болеющим детям (67,6%) и переносят острые респираторные заболевания более 4–6 раз в год. Отсутствие регулярной физической активности и срок коррекции дефекта межжелудочковой перегородки после 2 лет являлись прогностическими факторами риска частых острых респираторных заболеваний.**

**Ключевые слова:** дефект межжелудочковой перегородки, острые респираторные заболевания, оперативное лечение, дети.

*The majority of children operated on for ventricular septal defect are often sick children (67.6%) and suffer from acute respiratory diseases more than 4–6 times a year. The lack of regular physical activity and the period of correction of the ventricular septal defect after 2 years were predictive risk factors for frequent acute respiratory diseases.*

**Keywords:** ventricular septal defect, acute respiratory diseases, surgical treatment, children.

**Актуальность.** К часто болеющим относятся дети, перенёвшие более четырёх–шести эпизодов острых респираторных заболеваний (ОРЗ) за год в зависимости от возраста и организованности. Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – наиболее частый врождённый порок сердца, составляющий 30–40% всех врождённых пороков сердца [1, 2]. При адекватной оперативной коррекции ДМЖП дети считаются практически здоровыми.

**Цель исследования** – оценить частоту ОРЗ у детей, оперированных по поводу ДМЖП.

**Материалы и методы.** Были обследованы 74 ребёнка, оперированных по поводу ДМЖП, в возрасте 3–17 лет. В зависимости от срока оперативной коррекции ДМЖП дети были поделены на две группы: первую группу составили 54 ребёнка, оперированных в сроке до 2 лет, вторую группу – 20 детей, оперированных в сроке после 2 лет. Частоту ОРЗ оценивали путём опроса и с использованием амбулаторных карт.

**Результаты.** В основной группе большинство детей – 50 (67,6%) человек – являлись ЧБД и переносили острые респираторные заболевания более 4–6 раз за год. При этом среди детей с ДМЖП, оперированных в сроке после 2 лет, количество часто болеющих детей (ЧБД) было больше (17 [85%] детей), чем в группе с более ранней хирургической коррекцией ДМЖП (33 [61,1%] человека, p=0,071).

У детей, оперированных по поводу ДМЖП, была выявлена сопутствующая патология, которая включала ортопедические заболевания у 39 (36,1%) детей, хроническую патологию лор-органов – у 31 (28,7%), хронические заболевания органов ЖКТ – у 19 (17,6%), пороки развития – у 19 (17,6%) человек. При этом не было различий в частоте встречаемости сопутствующей

патологии между группами, кроме ортопедической патологии ( $p=0,006$ ; ОШ 0,176; ДИ 0,046–0,673), шанс развития которой в 5,68 раза был выше в первой группе.

У детей, оперированных по поводу ДМЖП, не было выявлено значимых шунтов или дисфункции клапанов. Z-score линейных и объёмных показателей ЛЖ, ФВ находились в пределах  $\pm 2$ .

Только 16 (21,6%) детей, оперированных по поводу ДМЖП, были привержены к регулярной физической активности. При анализе корреляционной связи были выявлены связи между частотой заболеваемости ОРЗ и приверженностью к регулярной физической активности ( $\rho=-0,399$ ,  $p<0,001$ ). Частота встречаемости ЧБД была выше в группе без регулярной физической активности, чем при наличии таковой (74,1 против 43,8%,  $p=0,033$ ; ОШ 0,257; ДИ 0,074–0,893).

**Заключение.** Среди детей, оперированных по поводу ДМЖП, 67,6% переносят острые респираторные заболевания более 4–6 раз в год и относятся к группе ЧБД. Прогностическими факторами частых ОРЗ являлись отсутствие приверженности к регулярной физической активности и поздний срок коррекции порока. При этом отсутствие регулярной физической активности увеличивало шансы ОРЗ в 3,89 раза.

## Литература

1. Cox K., Algaze-Yojay C., Punn R. et al. The Natural and Unnatural History of Ventricular Septal Defects Presenting in Infancy: An Echocardiography-Based Review // *Journal of the American Society of Echocardiography*. – 2020. – Vol. 33. – №6. – P. 763–770.
2. Suluba E., Shuwei L., Xia Q., Mwangi A. Congenital heart diseases: genetics, non-inherited risk factors, and signaling pathways // *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*. – 2020. – Vol. 21. – №1. – P. 11.

## Папилломавирусная инфекция у беременной женщины: риски для новорождённого ребёнка

Якубина А.А., мл. научный сотрудник;

Бочарова И.И., Букина М.Ю., Аксенов А.Н., Зароченцева Н.В., Будыкина Т.С.

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии.

E-mail: kitten\_nutik@mail.ru;

моб. тел.: +7 (916) 405 8083.

Основными заболеваниями у детей, родившихся у матерей с папилломавирусной инфекцией (ПВИ), в раннем неонатальном периоде являются врождённые инфекции (35,3%), перинатальные повреждения центральной нервной системы (23,5%), задержка внутриутробного роста (13,7%). У матерей заболевших новорождённых отмечается высокая частота сочетания выделения высоко- и низкоонкогенных типов ВПЧ (до 49%), вагинальных инфекций (до 84,3%), угрозы прерывания беременности (47,1%), фетоплацентарной недостаточности (ФПН).

**Ключевые слова:** папилломавирусная инфекция, беременность, новорождённый.

The main diseases in children born to mothers with papillomavirus infection in the early neonatal period are congenital infections (35.3%), perinatal damage to the central nervous system (23.5%), intrauterine growth retardation and malnutrition (13.7%). Mothers of sick newborns have a high frequency of a combination of high- and

low-oncogenic types of HPV, vaginal infections (up to 84.3%), threat of termination of pregnancy (47.1%), fetoplacental insufficiency (33.3%).

**Keywords:** papillomavirus infection, pregnancy, newborn.

**Актуальность.** По данным отечественной и зарубежной литературы, частота инфицированности ВПЧ (вирус папилломы человека) у беременных женщин составляет от 20 до 65% [1]. Наличие ВПЧ у беременных приводит к нарушениям местного иммунитета и развитию воспалительного процесса, что является фактором риска инфицирования плода и новорождённого, которое, по данным литературы, составляет от 5 до 85% [2]. У беременных с ПВИ может нарушаться развитие нервной трубки плода, что в 10–12 раз увеличивает частоту функциональных нарушений нервной системы у детей [3]. Перинатальная передача ВПЧ от инфицированной матери новорождённому может стать причиной папилломатоза гортани [4].

**Цель исследования** – определить факторы риска развития патологических состояний в раннем неонатальном периоде у детей, родившихся у матерей с ПВИ.

**Материалы и методы.** Были обследованы 102 новорождённых от матерей с ПВИ. Проводилась оценка анамнеза и течения беременности у матерей, а также состояния здоровья детей в раннем неонатальном периоде по результатам клинического, лабораторного и инструментального обследования.

**Результаты.** Основными заболеваниями у новорождённых явились врождённые инфекции (35,3%), перинатальные повреждения ЦНС (23,5%), задержка внутриутробного роста и недостаточность питания (13,7%). У матерей заболевших новорождённых отмечалась высокая частота (до 49%) сочетания выделения высокоонкогенных типов ВПЧ (16, 51, 56) с низкоонкогенными (6, 11), вагинальных инфекций (от 35,3 до 84,3%) и гестационных осложнений, таких как угроза прерывания беременности (47,1%), фетоплацентарная недостаточность (33,3%). Частота передачи ВПЧ от матери новорождённому составила 17,6%.

**Заключение.** Факторами риска развития патологических состояний в раннем неонатальном периоде у детей от матерей с ПВИ являются наличие микст-инфекции у матери с сочетанием высоко- и низкоонкогенных типов ВПЧ, сопутствующие вагинальные инфекции, угроза прерывания беременности, фетоплацентарная недостаточность.

## Литература

1. Краснопольский В.И., Зароченцева Н.В., Микаэлян А.В. и др. Роль папилломавирусной инфекции в патологии беременности и исходе для новорождённого (современные представления) // *Российский вестник акушера-гинеколога*. – 2016. – №2 – С. 30–36.
2. Милованов А.П., Малиновская В.В., Зароченцева Н.В. и др. Папилломавирусная инфекция в системе мать–плацента–плод и у новорождённого // *Клиническая и экспериментальная морфология*. – 2015. – №3 – С. 52–58.
3. Полетаев А.Б. Вирусы папилломы человека и нарушения развития ЦНС в раннем онтогенезе: к вопросу об этиологии некоторых форм врождённой патологии нервной системы // *Нейроиммунология*. – 2003. – Т.1. – №4. – С. 14–17.
4. Trottier H., Mayrand M.H., Coutlee F. Human papillomavirus (HPV) perinatal transmission and risk of HPV persistence among children: design, methods and preliminary results of the HERITAGE study // *Papillomavirus Res*. – 2016. – P. 145–152.

*Научно-практическое издание*

**Тезисы XVI Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»  
и IX Общероссийской конференции «FLORES VITAE. Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии»  
(7–10 сентября 2022 года, г. Сочи)**

*Генеральный директор:* Маклецова Светлана Александровна  
*Медицинский директор:* Тхостова Елизавета Борисовна  
*Креативный директор:* Кристал Виталий Генрихович  
*Редакционный директор:* Раевская Ольга Анатольевна  
*Препресс-директор:* Демкова Нелли  
*Арт-директор:* Латипов Абдулатип  
*Руководитель группы вёрстки:* Скуточкина Юлия  
*Координаторы проекта:* Васильева Надежда Михайловна, Ермилова Елена Николаевна,  
Крюкова Вера Евгеньевна, Скоморохова Татьяна Владимировна  
*Выпускающие редакторы:* Мурских Денис, Мясников Елисей,  
Соколенко Ирина, Тюменцева Анастасия  
*Дизайн:* Зубрилин Олег, Тавдумадзе Лина  
*Вёрстка:* Амплеев Дмитрий  
*Корректоры:* Кушнарченко Ника, Соседова Елена

Подписано в печать 09.09.2022.  
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](mailto:info@praesens.ru). Сайт: [praesens.ru](http://praesens.ru).  
Группа ВКонтакте: [vk.com/praesens](https://vk.com/praesens).  
Telegram: [t.me/praesensaig](https://t.me/praesensaig)



9 785907 218512

# ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ StatusPraesens

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

## 2023



**6–8 апреля  
г. Москва**

XI Общероссийская конференция  
«FLORES VITAE.  
ПЕДИАТРИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ»  
Гостиница «Рэдиссон Славянская»

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

**16–18 февраля  
г. Санкт-Петербург**

II Научно-практическая конференция  
«ПЕДИАТРИЯ XXI ВЕКА:  
НОВЫЕ ПАРАДИГМЫ  
В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ»  
Отель «Санкт-Петербург»

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

**10–11 ноября  
г. Москва**

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

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

**9–12 сентября  
г. Сочи**

XII Общероссийская конференция  
«FLORES VITAE. КОНТРАВЕРСИИ  
В НЕОНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ  
И ПЕДИАТРИИ»  
Гранд-отель «Жемчужина»

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

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

**Онлайн-планетарий  
для неонатологов  
и педиатров**



**Журнал «StatusPraesens. Педиатрия и неонатология»**  
Разбор клинических случаев и острых проблем, рекомендации по действиям в конкретных ситуациях.  
**ОБЪЕДИНЯЯ УСИЛИЯ – РАСШИРЯЕМ ВОЗМОЖНОСТИ**

**КАЛЕНДАРЬ**



Внимание!  
Возможны изменения.  
Следите за новостями на сайте [praesens.ru](http://praesens.ru)



StatusPraesens  
profmedia



spnavigator

☎ 8 (800) 600 3975; +7 (495) 109 2627